



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**INTERVENÇÃO PRECOCE NA PRIMEIRA
INFÂNCIA**

Carina Helena Barros Moura

Lisboa, Julho de 2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

INTERVENÇÃO PRECOCE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Carina Helena Barros Moura

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Isabel Costa e Silva

Lisboa, Julho de 2011

RESUMO

A finalidade do formando neste estágio foi desenvolver as suas competências na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, centrando-se **nas intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica numa equipa de Intervenção Precoce na Primeira Infância (0-6anos)**.

O estágio hospitalar em serviço de psiquiatria, decorreu na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE) e os serviços da comunidade de saúde mental escolhidos foram a Unidade da Primeira Infância (UPI) do HDE e a Equipa de Intervenção Precoce (IP) do Centro de Saúde da Amora.

No presente relatório podemos encontrar delineadas as competências e objectivos que o formando se propõem a atingir, as actividades desenvolvidas e reflexões críticas, fundamentadas do ponto de vista conceptual, tendo em consideração os resultados pretendidos. Salienta-se o papel fundamental que um Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica teria numa Equipa de IP da Primeira Infância, o que actualmente não acontece. Aborda-se também, uma perspectiva de continuidade para a problemática apresentada. Nos diferentes locais de estágio foi possível ao formando identificar a vinculação como um factor decisivo no desenvolvimento da criança e jovem. Pode também identificar as intervenções da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade, e reflectir sobre o seu papel, se estivesse inserido numa equipa de Intervenção Precoce, apresentando, para tal, propostas da sua acção junto da criança e família.

Palavras- chave: Enfermeiro Especialista, Saúde Mental, Criança, Intervenção Precoce

ABSTRACT

The purpose of the student on this stage, was to develop her skills in the field of Nursing and Psychiatric Mental Health, focusing on the **interventions of Nurse Specialist Psychiatric Mental Health in a team of Early Intervention in the Early Childhood (0-6anos)**.

The clinic stage of psychiatric service was held in child psychiatry inpatient units of the Hospital Dona Estefânia (HDE) and community services mental health chosen where the Early Childhood Unit (ECU) of the HDE and the Early Intervention (EI) Team of the Health Center of Amora.

In this report we find outlined the powers and objectives that the student intend to achieve, the activities and critical reflection, based on the conceptual point of view, taking into account the desired results.

It is worth noting the role that a Psychiatric Mental Health Nurse Specialist would have in a team of Early Intervention, which currently does not occur. It also discusses a perspective of continuity to the problem presented. In different places of the forming stage was possible to identify the link as a decisive factor in the development of children and young people. Was also possible to identify the interventions responsibility of the Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health in the community, and reflect on their role if inserted in a team of Early Intervention, introducing to such proposed action with their child and family.

Keywords: Nurse Specialist, Mental Health, Children, Early Intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1- REVISÃO DA LITERATURA	12
1.1- Intervenção Precoce	12
1.2- Intervenção Precoce e Saúde Mental	15
2- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO	19
2.1- Serviços de Pedopsiquiatria	19
2.1.1- Internamento de Pedopsiquiatria: caracterização	19
2.1.2- Actividades do Formando no Internamento	21
2.1.3- Reflexão Crítica do Estágio no Internamento	23
2.1.4- Unidade da Primeira Infância: caracterização	29
2.1.5- Actividades do Formando na UPI	30
2.1.6- Reflexão Crítica do Estágio na UPI	34
2.2- Centro de Saúde da Amora: Equipa de IP	37
2.2.1- Equipa de IP do Seixal: caracterização	39
2.2.2- Actividades do Formando na Equipa de IP	41
2.2.3- Reflexão Crítica do Estágio na Equipa de IP	44
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICE 1	53
Actividade do Âmbito Cognitivo – Internamento de Pedopsiquiatria	
APÊNDICE 2	57
Proposta de Projecto de Intervenção para os Gémeos – UPI	

APÊNDICE 3	61
Caracterização da Equipa e Avaliação Diagnóstica das Crianças/Famílias integradas na IP do Seixal	
APÊNDICE 4	66
Projecto de Intervenção Criança/Família - Equipa de IP	
APÊNDICE 5	72
Norma Estruturante das Intervenções do EESMP, inserido na Equipa de IP do CS da Amora	
APÊNDICE 6	75
Diário de Actividades	
ANEXO 1	104
Guia de Recursos da Comunidade	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPA- Centro de Assistência Paroquial da Amora

CDC- Centro de Desenvolvimento da Criança

CS- Centro de Saúde

Dec.- Decreto

DC: 0-3R – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Earlychildhood

EESMP- Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf- Enfermeiro

HDE- Hospital Dona Estefânia

HGO- Hospital Garcia D´Orta

IP- Intervenção Precoce

OE- Ordem dos Enfermeiros

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UPI- Unidade da Primeira Infância

PIAF- Plano Individualizado de Apoio à Família

PIIPS- Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Seixal

SWOT- Strenghts Weaknesses Opportunities Threats

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, finaliza-se o percurso com o Estágio na área da especialidade, e decorrente deste, a elaboração do respectivo relatório.

O presente relatório teve início no segundo semestre com a elaboração do projecto de estágio. Esse projecto nasceu de um desejo profissional de mudança, de uma necessidade sentida na prática diária e da vontade de dar visibilidade ao trabalho do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental na comunidade.

Ao delinear este projecto, o formando, pretendeu dar resposta a uma problemática com que se depara diariamente: a necessidade que pais, cuidadores, crianças e jovens têm de desenvolverem conhecimentos e estratégias de *empowerment*, que lhes permitam lidar com situações de crise.

De salientar que o formando exerce enfermagem há oito anos, estando os últimos sete na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) do Hospital Garcia D'Orta (HGO). Esta unidade recebe crianças desde o nascimento até aos dezasseis anos (exclusive), em situação crítica ou falência multiorgânica, com patologia médica, cirúrgica ou traumatológica. O HGO é um hospital de apoio neonatal diferenciado, sendo de referência regional para toda a zona a sul do Tejo.

Ao longo destes sete anos, o formando adquiriu competências na área da saúde infantil e pediátrica, nomeadamente em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil e do adolescente, cuidados neonatais, relações parentais e vinculação, impacto da doença (aguda e crónica) da criança nos processos familiares e cuidados continuados em saúde infantil e pediatria.

Na UCINP o formando consegue ter uma abordagem sistémica e sistemática nas diferentes situações, sendo capaz de tomadas de decisão autónomas e conscientes na implementação das intervenções de enfermagem de saúde infantil, com base nos resultados fruto da evidencia empírica que foi consultando e que lhe permitiram manter – se actualizado na sua prática diária.

Tendo em consideração uma realidade que vivencia diariamente, que são os factores de risco biológico das crianças virem a ter um atraso de desenvolvimento ou situações de atraso de desenvolvimento já identificadas, e conhecendo os factores de

risco ambiental da população do Centro de Saúde (CS) da Amora, que pertence à área de intervenção do HGO, o formando sentiu necessidade de adquirir competências na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e mais especificamente na Intervenção Precoce (IP) na Primeira Infância.

O formando sentiu que poderia evoluir e dar muito mais de si se envereda-se por uma área de especialização diferente daquela em que se encontra, mas que no entanto, a complementa, e lhe é pessoal e profissionalmente gratificante.

Este sentimento vai de encontro ao que diz Benner (2001), autora de referência relativamente as competências de enfermagem, para quem: “afirmar o nosso saber significa, ir até ao fim no assumir das nossas competências”.

A especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e este projecto específico, deram assim resposta à sua necessidade de crescimento pessoal e profissional, uma vez que o formando conheceu peritos na área da pedopsiquiatria e da intervenção precoce, que despertaram em si questões e formas de pensar, que lhe irão permitir ter uma actuação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica consciente e proactiva para o bem estar mental dos seus utentes.

Recorrendo ainda a Benner (2001) e a afirmação do saber profissional, o formando ao longo do estágio foi reconhecendo em si próprio uma maior imputabilidade, um poder de acção aumentado e uma capacidade de reforçar as dimensões facilitadoras da relação de ajuda, garantindo assim a humanização dos cuidados e a contribuição para uma melhor qualidade de vida das pessoas que beneficiam destes. Para isso torna-se imperioso respeitar os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão.

De modo a desenvolver as suas competências na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o estágio centrou-se **na intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica numa equipa de Intervenção Precoce na Primeira Infância (0-6anos).**

De acordo com o Despacho Conjunto 891/99 dos Ministérios da Educação, Saúde e do Trabalho e da Solidariedade a Intervenção Precoce (IP) destina-se a crianças dos zero aos seis anos, que apresentem alterações no seu desenvolvimento psicomotor ou se encontrem em situações de alto risco para os vir a ter.

Na prática a IP consiste na prestação de serviços, dirigidos à criança e à família, com o objectivo de reduzir os efeitos dos factores de risco, ou da deficiência no desenvolvimento da criança.

Do quotidiano do formando, e do que a evidência científica vem sustentando, uma criança está em risco quando está exposta a situações de natureza biológica ou ambiental, que podem interferir com o normal desenvolvimento (Halpern e Figueiras, 2004). Exemplos de factores de risco biológico são a prematuridade e o atraso de crescimento intra-uterino, a asfixia ou infecções que ocorrem especialmente durante o parto ou nos primeiros dias de nascimento. A pobreza, o baixo nível sócio cultural e a psicopatologia familiar, são exemplos de situações ambientais que colocam a criança em risco e se associam a um desenvolvimento mais lento.

Os pais de crianças com necessidades especiais, ou em risco, podem necessitar de apoio profissional para estabelecer as adequadas capacidades parentais. Ninguém está verdadeiramente preparado para ter um filho com *handicaps*, e nesta situação, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), em conjunto com outros profissionais, tem a oportunidade de assistir a criança/família no desenvolvimento da resiliência e de aquisição de estratégias de *coping* e de gestão do stress (Johnson, 1995).

Após mais de 50 anos de investigação, há evidência científica, quer quantitativa, quer qualitativa, de que a IP não só acelera e reforça o desenvolvimento da criança mas também melhora o funcionamento da família e reduz os gastos da sociedade com educação especial e outros serviços reabilitativos (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2008). É aqui que a intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica assume relevo e se diferencia da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, isto porque para além da intervenção junto da criança, vai também ter uma intervenção activa com os cuidadores desta. Essa intervenção inclui a avaliação do impacto da situação de crise na criança e família e mais especificamente do impacto desta na saúde mental, nomeadamente nos múltiplos factores de stress decorrentes dos *handicaps* da criança, ajudando-os a identificar recursos, factores protectores e promotores do seu bem estar mental e factores predisponentes de perturbação mental, ou no caso já de sofrimento/doença mental, dotá-los de estratégias

para que a situação possa ser minimizada, ou até mesmo eliminada (Johnson, 1995). Deste modo o Enfermeiro fará uma avaliação de factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental e de factores predisponentes de perturbação mental, intervindo na promoção de aptidões parentais, no desenvolvimento de estratégias de intervenção precoce, e em psico-educação e aconselhamento.

Assim a Finalidade deste estágio foi:

Desenvolver Competências como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica numa Equipa de Intervenção Precoce na Comunidade.

Ao definir esta Finalidade, o formando teve como referência as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) para o EESMP, pelo que identificou como Competências Específicas a adquirir neste estágio:

- Desenvolver a capacidade de auto – conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, mediante a vivencia de técnicas psicoterapêuticas;
- Ajudar a criança e família a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Os Objectivos delineados, de modo a atingir as competências e finalidade do estágio foram:

- Identificar no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais, ou circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar;
- Avaliar situações de Sofrimento e/ou Doença Mental na criança/família, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce;
- Prestar cuidados à criança e família, em situações de sofrimento/doença mental, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce, em situação de internamento e em serviços comunitários;
- Identificar intervenções da competência do EESMP na comunidade;

- Identificar intervenções da competência do EESMP junto da criança e família, inserido numa equipa de Intervenção Precoce na comunidade, na promoção, protecção e reabilitação da saúde mental;
- Actuar como pessoa de referência entre o Hospital e a equipa comunitária de Intervenção Precoce.

Ao realizar este estágio o formando adquiriu competências que lhe permitem na sua prática diária, actuar como elemento de referência, a nível do seu serviço e equipa de intervenção precoce na primeira infância. Para tal fará uma avaliação de factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental e de factores predisponentes de perturbação mental, intervindo na promoção de aptidões parentais, no desenvolvimento de estratégias de intervenção precoce, e em psico-educação e aconselhamento.

Tornando-se elemento de referência o formando espera alcançar uma melhor qualidade de vida para os utentes e realçar o trabalho do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica nesta equipa.

O estágio compreendeu duas vertentes, internamento e comunidade, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para aquisição de título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio específico em serviço de psiquiatria, decorreu na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE), totalizando 40% da carga horária de horas presenciais, e os serviços da comunidade de saúde mental escolhidos foram a Unidade da Primeira Infância (UPI) do HDE e a Equipa de Intervenção Precoce (IP) do Centro de Saúde da Amora, onde foram efectuadas as restantes 60% das horas.

O presente relatório conta assim, com um enquadramento teórico da problemática de partida, sendo depois especificado as actividades desenvolvidas e a justificação dos processos de trabalho utilizados em cada um dos locais de estágio e respectiva reflexão crítica. Por último é apresentada uma conclusão onde são abordadas as questões emergentes e as perspectivas de desenvolvimento do formando.

1- REVISÃO DA LITERATURA

A escolha do tema para este Estágio teve por objectivo ir ao encontro daquilo que é preconizado pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) e as recomendações europeias a nível de Intervenção Precoce na Primeira Infância.

Ao efectuar uma pesquisa na EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text) procurou artigos científicos publicados em Texto Integral entre 2000/01/01 e 2010/06/27, usando as seguintes palavras-chave: mental health promotion and childhood and early intervention. Após esta pesquisa seleccionou quatro textos de um total de vinte e dois. Esses vêm fundamentar a pertinência do tema e a adequação do objectivo definido.

Seguidamente apresenta-se a definição de Intervenção Precoce, seus objectivos, e organização das diferentes estruturas em Portugal, assim como a sua ligação com a Saúde Mental.

1.1- Intervenção Precoce

A nível internacional a concepção de Intervenção Precoce surgiu muito ligada ao apoio às crianças portadoras de deficiência, tendo progressivamente assumido uma perspectiva mais abrangente. Nos diferentes países as práticas de IP dependem grandemente das tradições e opções políticas quanto à saúde, educação e assistência às crianças e, por isso, têm resultado em decisões político-administrativas e técnico científicas bastante diversas.

A conceptualização da Intervenção Precoce assenta em três grandes fundamentos psicológicos e do desenvolvimento (Apolónio e Franco, 2008):

- O primeiro, é fornecido pelos contributos do campo das neurociências, nomeadamente, com a plasticidade cerebral. Esta assume que o que ameaça ou afecta, o desenvolvimento nos primeiros tempos de vida, se pode contrapor à maleabilidade e às potencialidades de maturação rápida que o sistema nervoso central tem nessa altura. Isto leva a que a Intervenção Precoce preconize uma acção sobre o desenvolvimento em tempo oportuno, ou seja, quanto mais cedo melhor;
- O segundo grande pilar, assenta sobre os estudos acerca do desenvolvimento infantil que realçam a importância dos primeiros tempos de vida, da relação mãe – bebé, e colocam em evidência as enormes capacidades dos bebés e das

crianças. Mais ainda, que essas capacidades apontam todas para o estabelecimento de vínculos e para a competência em estabelecer relações e transacções fundamentais para o desenvolvimento (Sameroff e Fiese, 2000) citado por Apolónio e Franco (2008);

- O terceiro assenta no contributo das perspectivas ecológicas (Bronfenbrenner, 1979) citado por Apolónio e Franco (2008) e sistémicas que têm realçado a importância dos factores do meio, do ambiente e dos contextos no desenvolvimento.

Daqui, decorre que as estratégias e programas de intervenção hoje em dia, considerem tanto os aspectos pessoais e intra individuais do desenvolvimento (condição biológica, física, emocional e cognitiva), assim como os aspectos relacionais e transaccionais (nomeadamente dentro da família) e também as dimensões sistémicas e contextuais do desenvolvimento (o ambiente social, cultural e político – organizacional).

Por esta razão a Intervenção Precoce tem como potencial não se situar num dos campos clássicos de intervenção (nomeadamente a educação, a saúde ou a educação especial) mas na intersecção de todos os sistemas e praticas que têm como alvo a criança.

Todas as definições de Intervenção Precoce, para além de identificarem uma faixa etária específica, enunciam alguns princípios que lhes estão subjacentes e são comuns. Todas entendem a criança como um todo e, sendo assim, tendem a considerar a intervenção como global. Também consideram a criança não apenas nas suas características intrínsecas e individuais, mas inserem-na num contexto de vida, relacional e cultural. Acentuam ainda a necessidade da intervenção ter um momento certo e oportuno, tão cedo quanto possível, para ser feita, independentemente da natureza das acções específicas que a possam constituir.

O Despacho Conjunto 891/99, dos Ministérios da Educação, Saúde e do Trabalho e da Solidariedade que estabelece os princípios orientadores para Portugal, define Intervenção Precoce como: *uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, saúde e acção social, com vista a:*

- a) assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;*
- b) potenciar a melhoria das interacções familiares;*

c) reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.

Em síntese a Intervenção Precoce contempla os seguintes aspectos fundamentais:

- É dirigida a crianças até 6 anos (com ênfase especial até aos 3 anos);
- É dirigida a crianças com deficiência, perturbações do desenvolvimento ou em risco de virem a manifestar essas perturbações;
- É dirigida à criança na sua globalidade e não apenas aos aspectos deficitários do desenvolvimento;
- Visa assegurar as condições para o bom desenvolvimento;
- É uma medida integrada (ao nível da saúde, educação e protecção social);
- É dirigida não só à criança como à família e ao contexto.

Ainda de acordo com o mesmo Despacho Conjunto 891/99, são objectivos da Intervenção Precoce:

- a) Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas das deficiências ou do risco de atraso do desenvolvimento e prevenindo eventuais sequelas;*
- b) Optimizar as condições da interacção criança/família, mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respectivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos, e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar;*
- c) Envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, optimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de inter ajuda.*

A implementação de programas de Intervenção Precoce visam, portanto, promover mudanças na qualidade dos cuidados e serviços prestados às crianças com menos de 6 anos com deficiência ou em risco e, em última análise, promover o seu melhor desenvolvimento e inclusão na comunidade.

Para isso, o Despacho Conjunto 891/99 prevê a criação de uma rede de base geográfica que integre as estruturas locais na área da saúde, segurança social e educação (centros de saúde, hospitais, serviços locais de acção social, jardins de infância e estruturas educativas promotoras da inclusão) e também as restantes estruturas locais públicas e privadas que trabalham no sector (Instituições Particulares

de Solidariedade Social que agem no domínio da reabilitação ou da protecção à infância, autarquias e outras instituições implicadas na protecção social).

É com estas estruturas de nível concelhio que cada equipa de intervenção directa se articula, de forma próxima, de modo a que as necessidades do seu âmbito territorial possam ser respondidas através do envolvimento e dos contributos dos diferentes parceiros.

1.2- Intervenção Precoce e Saúde Mental

A Promoção da Saúde é o processo que permite a cada indivíduo e à comunidade controlar os factores de risco para a saúde e estimular os factores protectores.

Nesta perspectiva muitos estudos desenvolvidos sobre os factores protectores e de risco para um grande número de perturbações psiquiátricas, apontam para a importância dos factores constitucionais por um lado, e por outro, para os que se relacionam com as condições em que se processa o desenvolvimento infantil, nomeadamente na primeira infância, pelo que se torna importante prevenir ou promover a saúde mental, intervindo precocemente (Silva, Eira, Vicente e Guerreiro, 2003).

Assim, em alguns países, tem vindo a ser reconhecida a importância da formação, em saúde mental infantil, dos técnicos de cuidados de saúde primários e do seu papel fundamental no sentido de ajudar a promover a saúde mental, a prevenir a doença e a criar condições para que as crianças cresçam e entrem harmoniosamente na idade adulta (Silva *et al.*, 2003).

Sabendo que as crianças estão expostas a múltiplos riscos, entre os quais o de apresentarem uma alta prevalência de doenças, o de nascerem de gestações desfavoráveis e/ou incompletas, e o de viverem em condições socioeconómicas adversas, pressupõem que tal cadeia de eventos negativos faz com que essas crianças tenham maior hipótese de apresentar problemas emocionais. Os resultados negativos no desenvolvimento e comportamento são produzidos pela combinação de factores de risco genéticos, biológicos, psicológicos, e ambientais, envolvendo interacções complexas entre eles.

Os factores mais fortemente associados com a saúde mental da criança são o ambiente social e psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas do indivíduo. O efeito cumulativo de risco é mais importante na determinação de problemas emocionais da criança do que a presença de um stressor único, independente de sua magnitude, (Halpern e Figueiras, 2004).

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS – Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este número tende a aumentar. Destas, cerca de metade têm uma perturbação psiquiátrica. Assim, de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016, p. 5) *para além dos que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitos têm problemas de saúde mental que podem ser considerados «subliminares», ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas estão também em sofrimento e deveriam beneficiar de intervenções.*

Das recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos Cuidados de Saúde Primários emerge a realidade de que a grande maioria das situações problemáticas recorre inicialmente a estes, destacando-se a importância desta primeira linha de actuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação dos casos. (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009)

O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve pois transformar-se numa prioridade.

Neste âmbito, a articulação entre as equipas de saúde mental da infância e adolescência e os cuidados de saúde primários torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente.

Se por um lado as equipas especializadas têm a competência na área da saúde mental infanto-juvenil, os centros de saúde possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajectória de vida, como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.

Neste sentido o formando entende ser pertinente a existência de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que seja o elo de ligação entre os cuidados de saúde primários e as equipas de intervenção precoce. Este seria o agente que faria a detecção dos casos e os encaminharia para a equipa, e integrando-se nesta,

teria intervenções específicas. Por exemplo, essas intervenções específicas incidiriam na promoção parental, no apoio à família para identificar recursos, preocupações e soluções, no *empowerment* em estratégias que lhes permitam desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental atempadamente e localmente, sem terem de recorrer no imediato a outros serviços especializados e de referência como a UPI do HDE. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, neste contexto, focar-se-ia no trabalho com a criança e família no desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com as suas necessidades especiais.

A maioria das crianças com doenças crónicas não desenvolve doenças psiquiátricas, mas o risco de desenvolver problemas de saúde mental existe (Johnson, 1995). Ao visualizar-se a condição crónica da situação de saúde como um factor stressor, entende-se como o suporte e a prevenção são relevantes na vida destas crianças/famílias. As intervenções do Enfermeiro fornecendo estratégias promotoras de resiliência criam compromisso, optimismo e realismo, levando-os a adaptação. Para isto, o profissional deve ser sensível ao processos de perda e luto inerentes, avaliar se a família está fortalecida e se tem um suporte eficaz, assim como, trabalhar a auto estima da criança, a sua capacidade de afirmação e a sua interacção social, (Johnson, 1995).

Da vivência diária do formando e da bibliografia consultada, salientam-se três componentes essenciais de uma abordagem dinâmica orientada para a família, que são: a qualidade da relação pais-criança; o grau em que a família proporciona a criança experiencias cognitivas, afectivas e sociais essenciais e variadas, em conjunto com um ambiente social e físico adequado; a forma como as famílias, redes sociais e os serviços de saúde asseguram as condições necessárias para a saúde e segurança da criança (Silva *et. Al.* 2003).

Os sinais de alerta para referenciação na primeira infância (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009) são: as dificuldades na relação mãe-bebé; a dificuldade do bebé em se auto-regular e mostrar interesse no mundo; a dificuldade do bebé em envolver-se na relação com o outro e em estabelecer relações diferenciadas; a ausência de reciprocidade interactiva e de capacidade de iniciar interacção; perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente e a insónia grave.

Estes seriam pontos fundamentais na avaliação e posterior referenciação, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica têm de fazer como elemento de ligação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Equipa de Intervenção Precoce, e desta, com a Criança/Família e Comunidade.

Tendo por base este quadro de referência, desenvolveram-se actividades no estágio que se passam a descrever no capítulo seguinte.

2- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

O estágio decorreu em três locais diferentes, que no entender do formando se complementam, nomeadamente no Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE), Unidade de Primeira Infância do HDE e na equipa de Intervenção Precoce do Centro de Saúde da Amora. Seguidamente, passa-se a descrever os objectivos traçados para cada um dos locais, a caracterização dos serviços, as actividades desenvolvidas e a reflexão critica do formando.

2.1- Serviços de Pedopsiquiatria

O formando elegeu o Internamento de Pedopsiquiatria e a Unidade de Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia para locais de estágio por serem serviços de referência da Pedopsiquiatria na área de Lisboa e Vale do Tejo, e onde procurou adquirir formação na área da Saúde Mental Infantil e Intervenção Precoce.

Tinha como objectivos:

- Identificar no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais, ou circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar;
- Avaliar situações de sofrimento e/ou doença mental na criança e família, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce;
- Prestar cuidados à criança e família, em situações de sofrimento e/ou doença mental, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce, em situação de internamento;
- Identificar intervenções da competência do EESMP na comunidade.

Neste capítulo apresenta-se uma breve caracterização dos serviços, com o intuito de dar a conhecer as suas características únicas, que os tornam unidades de referência para a Pedopsiquiatria, e descrevem-se as actividades desenvolvidas pelo formando, respectiva justificação das mesmas e reflexão critica.

2.1.1- Internamento de Pedopsiquiatria: caracterização

A Unidade de Internamento situa-se dentro do perímetro do HDE, num espaço próprio. Tem uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e jovens, com situações psicopatológicas agudas e sub-agudas (perturbações disruptivas de

comportamento e deficit de atenção; perturbações globais de desenvolvimento, perturbações psicóticas, surtos psicótico, etc) e com exclusão das situações de toxicodependência e delinquência.

Nesta Unidade esta também integrada a Consulta de Ligação, destinada ao apoio pedopsiquiátrico aos serviços de internamento do HDE e à consulta externa dos serviços pediátricos e da Maternidade.

De acordo com o Decreto-Lei nº35/99, de 5 de Fevereiro, o Departamento é considerado um serviço regional de saúde mental, competindo-lhe prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde. Enquanto estrutura regional, a sua área de influência abrange a população assistida por todos os serviços das Regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas.

A missão deste serviço é a de prestar cuidados diferenciados de Saúde Mental à população infantil e juvenil, até aos 16 anos (exclusive), da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde.

A metodologia de trabalho adoptada neste serviço, baseia-se na *Continuidade de Cuidados* – da promoção da saúde mental à reabilitação – e *Tratamento Multidisciplinar Integrado* (aspectos biomédicos, relacionais e psico-sociais). As intervenções, assentes num trabalho de equipa pluridisciplinar, privilegiam a prevenção, diagnóstico e tratamentos precoces, a continuidade de cuidados, bem como a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma. O evitamento da cronicidade, da marginalização e das sequelas deficitárias são uma preocupação constante, exigindo, frequentemente, um processo terapêutico longo e um trabalho assíduo com a família e a escola.

Na Unidade de Internamento, para além da *milieu therapy* – a criação e manutenção dum meio terapêutico, essencial, utiliza-se também a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares, e intervenções a nível pedagógico e social. Através do trabalho em contexto multidisciplinar e reuniões diárias é negociado com a Criança/Adolescente/Família um Projecto Terapêutico personalizado. Durante o período de internamento, as experiências interactivas moderadas e modeladas pelos Profissionais são promotoras de um desenvolvimento mais harmonioso e contribuem para a retoma do desenvolvimento.

2.1.2- Actividades do Formando no Internamento

A investigação sugere que perturbações nas relações de apego iniciais podem prever a psicopatologia mais tarde (Johnson, 1995). Neste sentido, foi objectivo do formando:

- **A avaliação de situações de sofrimento/doença mental na criança/família, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce.**

Por ser um serviço que atende crianças e adolescentes, as actividades são diversas e dinâmicas, não só no sentido de motivar, uma vez que muitas delas são realizadas em grupo, e tratando-se este de um grupo heterogéneo, mas também, para atender aos diferentes objectivos terapêuticos, delineados para cada uma das crianças/jovens.

As actividades em que o formando participou activamente, tiveram em consideração a faixa etária dos intervenientes e as necessidades terapêuticas do grupo e individuais.

Apresenta-se de seguida algumas das actividades realizadas, que lhe permitiram estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem/família, de modo a fazer esta avaliação e a concretizar o objectivo proposto.

Ludoterapia

Os jogos e as brincadeiras são ferramentas eficazes em intervenções individuais com crianças, não só porque atraem a atenção e o interesse, como estimulam a imaginação e a curiosidade. Aprender a brincar é fundamental não apenas para o desenvolvimento mas também para a saúde mental e são variados os efeitos terapêuticos da brincadeira e os resultados que dela advêm, (Johnson, 1995; Stuart e Larai, 2001).

O formando através da observação que fez da criança/jovem nestes momentos, conseguiu em muitos deles, identificar a dinâmica familiar, o investimento destes pais/cuidadores na criança/jovem, disfuncionalidades das relações, uso de estratégias por parte da criança/jovem para lidar com diferentes situações, ou falta delas. Foi capaz de identificar comportamentos desadequados para a faixa etária, que poderiam ter sido atempadamente reconhecidos e que deveriam ter sido alvo de uma intervenção cuidadora e preventiva.

Arte-Terapia

Através do desenho é possível à criança/jovem expressar uma emoção, descrever um acontecimento, sem recorrer as palavras, dando, também assim, a conhecer ao enfermeiro, as suas necessidades terapêuticas. Sendo muitas vezes o desenho, o ponto de partida para a exploração de sentimentos e preocupações (Johnson, 1995; Stuart e Laraia, 2001).

Ao longo do estágio o formando teve oportunidade de criar estes momentos de arte-terapia com as crianças/jovens, e pode, conjuntamente com os enfermeiros peritos em pedopsiquiatria, identificar nos trabalhos de expressividade artística as emoções expressas desta forma, e qual a resposta de enfermagem as mesmas.

Jogos Psicológicos

Durante o estágio foi possível recorrer a diferentes técnicas de intervenção pertencentes a diferentes correntes terapêuticas, na perspectiva da dinâmica de grupo, muitas vezes, recorrendo a técnicas de psicodrama, de relaxamento, de fantasia orientada e jogos de comunicação não verbal e de movimento criativo.

O Objectivo geral destes jogos em grupo era o de fornecerem uma experiência particular de aprendizagem, sendo que cada um, tinha um objectivo específico, que podia ir desde a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais, até à aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. (Vidigal, 2005)

Dentro destes, salienta-se uma sessão do âmbito cognitivo (apêndice 1, p. 53) que foi elaborada com o objectivo de levar os jovens a identificar e exprimir as suas preocupações/problemas e a visualizarem novas perspectivas de resolução destes.

A avaliação global do formando após a realização destes jogos psicológicos foi o de adquirir um leque alargado de ferramentas que pode utilizar, no sentido de atingir diferentes objectivos terapêuticos. Foram momentos únicos entre as criança/jovens e o formando, não só a nível relacional, mas sobretudo a nível de auto conhecimento de ambos, e da expressão verbal de emoções e sentimentos dos jovens, que doutra forma seria difícil ao formando aceder.

Outro dos objectivos do formando foi o seguinte:

- **Prestar cuidados à criança/família, em situações de sofrimento/doença mental, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce, em situação de internamento.**

Neste sentido, o formando ao longo do estágio, teve a oportunidade de fazer mediação de visitas entre a criança/jovem e família, o que lhe permitiu entender como a Vinculação e a Intervenção Precoce tem um papel fundamental no desenvolvimento, e deu-lhe também, a possibilidade de trabalhar com a criança/jovem e família na promoção de padrões de vinculação seguros, e no tratamento de perturbações reactivas da vinculação.

Observar a criança/jovem em diferentes contextos, com os cuidadores, com os pares e com os técnicos, possibilitou ao formando perspectivar diferentes intervenções, uma vez que cada criança/jovem é única e a sua dinâmica familiar é diferente (Johnson, 1995).

Foi também objectivo do formando:

- **Identificar no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais, ou circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.**

Para tal procedeu à realização de *Registos de Interação* (apêndice 6, p. 89-95). Estes serviram para o formando reflectir sobre questões que colocou a si próprio durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas. Permitiu-lhe reconhecer factores intrínsecos à sua pessoa, que naquele momento interferiram na relação com o cliente e com a equipa de enfermagem.

Esta tomada de consciência de “si-mesmo” deu-lhe a capacidade, de no decurso de todo o ensino clínico, monitorizar as suas reacções emocionais no sentido de melhorar a relação terapêutica preservando a integridade do processo.

2.1.3- Reflexão Crítica do Estágio no Internamento

Sendo um dos objectivos do formando a avaliação de situações de sofrimento/doença mental na criança/família, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce, este local de estágio foi fundamental, uma vez que lhe permitiu constatar na prática, situações de internamento em que um dos factores que poderá ter contribuído para o mesmo, foram, na sua base inicial, perturbações reactivas da vinculação. Estes se tivessem sido atempadamente identificados, através de programas de Intervenção Precoce, onde pela visão do formando, um trabalho de parceria a nível dos cuidados de saúde primários, entre

enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e especialistas em saúde mental e psiquiátrica, teria sido facilitador da identificação e intervenção imediata.

Da pesquisa sistemática realizada em base de dados EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text) o formando procurou artigos científicos publicados em Texto Integral entre 2001/01/01 e 2011/01/01, usando as seguintes palavras-chave: *attachement; and child development*, tendo seleccionado dois textos de um total de dez. Apresenta-se os que serviram de linha orientadora ao formando durante o estágio. Foi com a compilação destas diferentes teorias e autores que se identificou, enquanto profissional e futuro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Usando este quadro de referência como orientador no estágio teve a oportunidade de constatar por si, a sua adequação nos diferentes contextos onde estagiou.

A investigação tem demonstrado que quer a qualidade da relação com os pais, quer a natureza das relações sociais, assumem especial relevância no desenvolvimento da psicopatologia na criança. De salientar que os cuidados parentais não imperam como um factor exclusivo, mas antes, como um entre vários vectores condicionantes das trajectórias do desenvolvimento (Goldberg, 1997; Greenberg, 1999) citados por Pereira (2008). Pelo que se concebe a desorganização da vinculação na infância como um dos preditores mais valorizados de trajectórias inadaptativas e de psicopatologia na adolescência e na idade adulta (Van Ijzendoorn, Schuengel e Bakermans-Kranenburg, 1999) citados por Pereira (2008).

Das diferentes posições teórico empíricas sobre as perturbações de vinculação, destacam-se duas linhas de investigação provenientes de orientações distintas:

1. Uma destas linhas surgiu da investigação clássica da vinculação, concretamente do estudo de casos clínicos e de populações em risco ,e desenvolveu-se no âmbito do sistema categorial do DSM-IV-TR (APA, 2000), onde a perturbação de vinculação integra um quadro nosológico específico conhecido por *Perturbação Reactiva de Vinculação*.

Com início anterior aos 5 anos, esta perturbação, caracteriza-se pela presença de relações sociais excessivamente perturbadas (de forma inibida ou desinibida) para a generalidade dos contextos. Para a atribuição deste diagnóstico exige-se a presença de um critério relacionado com a existência de uma história de cuidados patogénica.

Outras concepções alternativas e mais abrangentes, são as de Lieberman e Zeanah (1995) citados por Pereira (2008), baseados nos dados da investigação sobre

o desenvolvimento e o comportamento da criança, minimizam as questões etiológicas e anunciam novos critérios de diagnóstico. Estes autores propõem três grandes categorias de perturbação da vinculação, as quais apresentam diversos sub tipos. Nas *perturbações de não-vinculação* (proposta paralela à dos manuais diagnósticos) as crianças não conseguem utilizar eficazmente o cuidador como base segura, revelando dificuldades de regulação emocional e de auto-protecção na procura de segurança, na expressão do afecto e na exploração do meio. Nas *distorções de base segura* as crianças expressam relações perturbadas com uma figura de vinculação específica. E nas *perturbações disruptivas da vinculação* as crianças manifestam uma reacção de luto perante a separação precoce da principal figura de vinculação.

2. Proveniente do estudo de amostras não clínicas e de populações normativas, surge outra linha de investigação, que se alicerça nos estudos desenvolvidos no âmbito da *desorganização da vinculação*, concretamente, aqueles que reportam associações com a disfuncionalidade dos cuidados parentais e consequências a nível do desenvolvimento nocivas.

A literatura tem vindo a identificar a vinculação *desorganizada* enquanto um factor, que em interacção com outros, poderá potenciar o aparecimento de psicopatologia (Sroufe *et al.*, 1999) citado por Pereira (2008).

Estabelecendo a ponte para os períodos pré-escolar e escolar, Main e colaboradores (1985) citados por Pereira (2008), registam que crianças classificadas como desorganizadas na primeira infância, tendem a dirigir, aos seis anos, comportamentos desadaptados (sob o ponto de vista do desenvolvimento), agressivos e hostis à figura parental, após um período de separação de cerca de uma hora. Por sua vez, esta figura revela índices de passividade extrema, não sendo capaz de regular ou conter as acções inadequadas levadas a cabo pela criança.

Posteriormente, Solomon, George e De Jong (1995) citados por Pereira (2008), hipotetizam que a desorganização da vinculação na infância parece progredir para um *padrão controlador* no final da idade pré-escolar, o qual faz uso de estratégias cuidadoras ou punitivas (e até de ambas), e compreende uma inversão de papéis entre a criança e o cuidador.

No mesmo sentido, o estudo longitudinal de Minnesota*, indica que a insegurança da vinculação parece funcionar como um factor de risco para o aparecimento de problemas de internalização, concretamente na presença de isolamento e inibição emocional, e de externalização, sobretudo quando ocorrem comportamentos agressivos e hostis.

Carlson (1998) citado por Pereira (2008), em relação ao estudo de Minnesota, sugere que os problemas de comportamento verificados nas idades pré-escolares predizem o estabelecimento de psicopatologia na adolescência e na idade adulta, com especial destaque para as perturbações dissociativas.

As diferentes organizações de vinculação têm sido igualmente relacionadas com perturbações de internalização e de externalização na adolescência.

Na sua generalidade, os resultados empíricos referem que neste período, as experiências precoces associadas à insegurança da vinculação, intervêm no desenvolvimento, no curso, e na manutenção da psicopatologia (Soares □ócio., 2007c) citada por Pereira (2008).

Schore (2001) citado por Pereira (2008), sugere que o estabelecimento de uma relação de vinculação estimula o desenvolvimento precoce do hemisfério cerebral direito, que ao celebrar ligações com os sistemas autónomo e límbico, facilita o desenvolvimento de estilos de *coping* flexíveis e adaptados.

Neste estágio o formando socorrendo-se do modelo de Dreyfus (Benner, 2001) investiu nos domínios de enfermagem relacionados com a *Função de ajuda* e a *Função de educação e orientação*.

Encontrou alguns obstáculos devido à escassa experiência que possui na área, nomeadamente a nível de intervenções psicoterapêuticas e sócio-terapêuticas, mas que foi conseguindo superar com pesquisa bibliográfica, recorrendo aos enfermeiros peritos em pedopsiquiatria e com a *aprendizagem experimental*, ao longo de todo o estágio e nos diversos contextos (Benner, 2001).

*O estudo de Minnesota (Sroufe *et al.*, 2005) citado por Pereira (2008.), que acompanha uma amostra de risco há três décadas, reconhece que as *crianças inseguras-ambivalentes* revelavam dificuldades de funcionamento interpessoal, pois apesar de exibirem comportamentos de aproximação aos pares, estes fazem-se acompanhar de fracas competências na procura da interação e de escassa persistência na resolução de problemas. Simultaneamente, estas crianças expressam uma menor capacidade para ultrapassarem desafios cognitivos, apresentando níveis de hesitação aumentados e índices de comportamento exploratório diminuídos, além de uma menor flexibilidade e eficácia quando confrontadas com tarefas problemáticas.

Em relação à Função de ajuda, o formando pode desenvolver as seguintes competências:

- *Relação de cura*, ou seja de acolhimento, em que se pretende criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação terapêutica;
- *Presença*, que se traduz pelo estar disponível para o cliente (criança/jovem/família), usar o silêncio, saber ouvir;
- *Optimização da participação do cliente*, identificando neste a sua força, o seu desejo, energia e capacidade, e canalizando essas forças para a relação enfermeiro - utente;
- *Comunicação pelo toque*, como meio facilitador ao conforto, comunicação, à identificação com o sentir do utente;
- *Ser capaz de proporcionar apoio afectivo e informar as famílias do doente*, através da mediação de visitas, optimizando o papel positivo dos familiares no tratamento e restabelecendo a comunicação entre os membros;
- *Guiar os utentes aquando de mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico*, com objectivos terapêuticos específicos, desenvolvendo as possibilidades do cliente;
- *Agir como mediador psicológico e cultural*, entendendo as subtilidades do discurso do utente e o seu significado, intervindo a nível psicossocial e psico-educativo, mantendo sempre a personalidade e integridade mental do formando e responsabilizando o utente pela sua vida;
- *Criar objectivos terapêuticos*, realistas, alcançáveis, e visando uma melhor integração social e psicológica, levando sempre ao reconhecimento do sucesso, quando este acontece;
- *Estabelecer e manter um ambiente terapêutico*, identificando a interpretação que o utente faz dos eventos, ou de como estes tentam reinterpretar ou reformular o significado de determinado acontecimento, e de como estes podem ser obstáculos aos objectivos terapêuticos (Benner, 2001; Chalifour, 2009).

Relativamente à Função de educação e de orientação, fazendo uso dos seus recursos pessoais, o formando tentou oferecer ao utente novas perspectivas e não apenas informações. Neste sentido pode desenvolver competências como:

- *Criação do momento*, identificando quando o cliente está disponível para a relação;
- *Ajudando a interiorizar as implicações do seu estado de saúde mental e na recuperação do seu estilo de vida*, fornecendo opções, alternativas, visualizações diferentes;
- *Saber compreender como o utente interpreta a sua incapacidade*, escutar como este percepciona a sua situação e respeitar a sua interpretação, o que poderá ser importante na sua reabilitação;
- *Fornecendo interpretação do estado do utente e explicar as razões dos tratamentos*, avaliando até que ponto é que ele quer ser informado e precisa das informações, usando um vocabulário adaptado e admitindo os limites da sua compreensão;
- *A função de guia*, ajudando a tornar o que é tabu para o utente, em compreensível e abordável, e estar aberto á aprendizagem recíproca, da qual o enfermeiro poderá fazer uso para ajudar outros clientes (Benner, 2001; Chalifour, 2009).

Um dos resultados esperados pelo formando seria o de identificar no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais, ou circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

Neste sentido, foram realizados registos de interacção, durante o ensino clínico no Internamento de Pedopsiquiatria, que se encontram no apêndice 6 do relatório. Estes foram elaborados para descrever o tema das entrevistas informais, e centrando-se, sobretudo, sobre o que o estudante sentiu em momentos particulares. Estes registos são apresentados usando uma linha orientadora da área da educação. Porém, após termos do estágio, ao reflectir sobre estes, o formando teria optado por usar outro modelo, de Chalifour (2007). Ao efectuar estes registos o formando identificou quais os aspectos que tem de trabalhar de modo a não interferirem na relação enfermeiro/utente, nomeadamente, a nível da comunicação não verbal, juízos de valor, tabus e a auto-afirmação da sua pessoa.

2.1.4- Unidade da Primeira Infância: caracterização

Sendo uma Unidade de Primeira Infância, o serviço destinava-se (até 2007) a crianças dos 0 aos 3 anos. Após esta data, o serviço atende também, crianças até aos 5 anos de idade. Desta forma, o serviço para crianças até aos 3 anos, abrange toda a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, bem como as regiões de saúde do Alentejo e Algarve e ainda a região Autónoma dos Açores e Madeira. No que diz respeito as crianças entre os 3 e os 5 anos de idade, o serviço apenas se destina aquelas que pertencem ao HDE.

A população maioritariamente assistida na UPI provem de um classe média e/ou média baixa, oriundas de todo o país e dos PALOP's.

Actualmente a UPI está a ponderar a possibilidade de restringir novamente o seu serviço à faixa etária dos 0 aos 3 anos ou dos 0 aos 4 anos. Este facto prende-se com a diminuição de técnicos na equipa da UPI, e a sentida dificuldade em dar resposta adequada a todos os pedidos, dado que o alargamento do atendimento de crianças até aos 5 anos teve como consequência um acréscimo de consultas, aumentando as necessidades de intervenção que entretanto se mantém a descoberto.

Os motivos mais comuns pelos quais as crianças vêm a consulta são os de perturbações de comportamento (birras, auto e hetero agressão), as perturbações da relação e da comunicação, os atrasos da linguagem, os atrasos de desenvolvimento, e as perturbações funcionais (do sono e alimentares, sobretudo anorexias). Ao mesmo tempo, apresenta-se também, um número considerável de situações orgânicas pré ou pós natais, o que torna muito importante a articulação desta equipa com os serviços de pediatria e neuropediatria. Verifica-se um aumento nos pedidos de avaliação e acompanhamento para crianças com perturbações do espectro autista e perturbações regulatórias.

A equipa da UPI é constituída por três pedopsiquiatras, uma psicóloga, duas enfermeiras, sendo uma especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e outra graduada, e duas funcionárias administrativas. Para além destes, a equipa também conta com elementos que se encontram em formação. Desta forma, integram actualmente a equipa, um médico interno pedopsiquiatra e 3 estagiários profissionais de psicologia. Colaboram ainda com a equipa da UPI uma terapeuta ocupacional e uma terapeuta da fala.

São várias as actividades desenvolvidas pela equipa da UPI, onde os diversos técnicos colaboram em conjunto. Para uma melhor compreensão das diferentes actividades podem dividir-se em dois grupos: as actividades clínicas e as actividades em equipa.

No que diz respeito as actividades clínicas, estas consistem no acolhimento da criança e da família, primeira consulta, observação e avaliação psicológica, intervenção terapêutica, consulta dos bebés irritáveis, exames médico-legais e também grupo de bebés com massagem.

As actividades de equipa compreendem as reuniões de interacção, de orientação, de psicologia, clínicas, de formação conjunta de Psicologia Clínica do HDE, reuniões inter-equipas, de leitura e reuniões de formação com as estruturas da comunidade, nomeadamente as reuniões para educadoras de infância e as reuniões com equipas de intervenção precoce.

O diagnóstico clínico, quer provisório, quer definitivo, é geralmente feito com o auxílio do Diagnostic Classification: 0-3 Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Earlychildhood. Ainda que o DC: 0-3 (actualmente DC: 0-3 R) seja preferencialmente utilizado, recorre-se também ao DSM-IV- Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais para a formulação do diagnostico.

2.1.5- Actividades do Formando na UPI

Sendo esta uma equipa perita na área da Pedopsiquiatria da Primeira Infância o formando decidiu que seria o local ideal para estagiar, uma vez que o poderia ajudar a desenvolver o projecto aprofundando conhecimentos relativos à entrevista aos cuidadores da criança, interacção com esta, avaliação criança/família, visitação domiciliária e interligação com a equipa multidisciplinar.

A orientação do projecto a desenvolver na comunidade (CS da Amora) contou com a orientação da EESMP da UPI.

De acordo com os objectivos traçados para este campo de estágio, passa-se a descrever as actividades e respectiva justificação.

- **Identificar no aqui – e – agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais, ou circunstanciais, que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.**

Ao participar activamente nas reuniões do serviço e ao assistir a sessões de intervenção psicoterapêutica com a criança, o formando pode através da troca de experiências, opiniões e ideias com a equipa multidisciplinar, reflectir sobre o papel do EESMP em relação terapêutica, e identificar quais os factores pessoais, que no seu caso, tem de ser trabalhados de modo a não interferirem na relação, nomeadamente a comunicação não verbal, juízos de valores e auto-afirmação da sua pessoa enquanto terapeuta.

- **Avaliar situações de Sofrimento/Doença Mental na criança/família, em que se reflectisse a importância da Vinculação e da Intervenção Precoce**

Assistir ao acolhimento da criança/família, e as primeiras consultas, permitiu ao formando aprofundar conhecimentos de entrevista e observar a criança/díade do ponto de vista do EESMP. Para tal procedeu a realização de registos de Interação e Observação e assistiu a Reuniões de Interação, que passa a descrever.

Realização de Registos de Interação e Observação (apêndice 6, p. 97-103)

A realização destes registos permitiram ao formando reflectir sobre os comportamentos da díade, observar como a criança lida com uma situação nova e estranha e identificar a importância do estabelecimento da vinculação e de como a sua inadequação afecta o desenvolvimento da criança.

Os Registos de Interação são realizados quando a criança tem menos de 24 meses e consistem numa descrição pormenorizada dos comportamentos da díade, durante os primeiros 15/20 minutos. Entre outros aspectos, procura-se ver o uso que a criança faz da mãe/pai como figuras de referência e a resposta dos pais a esses comportamentos; as posturas e movimentos da mãe/pai e a sua adequação; a capacidade dos pais e da criança para focarem a atenção em conjunto e a capacidade de desenvolver ciclos de interação progressivamente mais complexos.

Da mesma forma, procura-se apreender os afectos predominantes dos pais e da criança durante a interação; o discurso livre dos pais em relação as manifestações da criança e o impacto afectivo que a interação tem sobre o observador.

No caso de crianças com idades entre os 12 e 24 meses, a consulta passa-se de forma um pouco diferente, para além do registo de interação, é conversado e explicado aos pais que se irá proceder, a meio da consulta, a um procedimento adaptado da conhecida “Situação Estranha” e designado por “Paradigma da UPI”. É

então entregue aos pais uma folha a explicar o paradigma, e outra sobre “Consentimento livre e informado” para os pais assinarem autorizando o registo videográfico desse momento especial. Geralmente é o pedopsiquiatra que faz a gravação e o estagiário presente dá o apoio durante os diferentes procedimentos, nomeadamente durante o desenrolar da situação estranha. Aquando o término da consulta, é dada aos pais uma apreciação sobre a situação. Tanto o registo escrito da observação como o registo em vídeo são posteriormente apresentados em reunião de interacção, sendo nesta altura discutido o caso em si, o diagnóstico provisório e a orientação terapêutica.

Os Registos de Observação realizam-se quando a criança tem mais de 24 meses. Procura-se observar a forma como a criança lida com uma situação nova e estranha; como estabelece relações diferenciadas em função de diferentes pessoas e contextos; a capacidade e interesse que demonstra na exploração da sala e objectos; o tipo de jogo que desenvolve; o equilíbrio entre o prazer e desprazer durante as actividades e a capacidade de lidar com a frustração.

É de grande importância incluir nestes registos (interacção e observação), as respostas e atitudes da criança relacionadas com o estado de espírito dos pais (alterações do comportamento, de acordo com o conteúdo do discurso dos pais); o nível de linguagem e interesse pela comunicação verbal; as modalidades de integração e processamento dos estímulos sensoriais; a capacidade de planeamento motor; grau de maturidade e integração da actividade psicomotora e comportamento durante a separação, (Dumont, Dunezat, Alexandre e Prouff, 1995).

Reuniões de Interacção

Ao participar activamente nestas reuniões, o formando pode aprender com a troca de experiências, opiniões e ideias da equipa multidisciplinar, a desenvolver a capacidade de observação através da visualização videográfica a identificar a problemática da criança/díade.

Estas reuniões tomam lugar as sextas-feiras de manhã e incidem sobre os casos de crianças com menos de 2 anos de idade. Assim, numa primeira fase, é lido o registo de interacção, sem que sejam fornecidas aos participantes quaisquer informações adicionais para além da idade da criança. Após a leitura, os presentes comentam aquilo que sentiram e o que lhes pareceu mais relevante. De seguida, e quando existe

um registo vídeo, observa-se e, posteriormente, discute-se o que foi visualizado e de que maneira se articula com o que foi lido. No final, confrontam-se as hipóteses que foram sendo colocadas com a informação recolhida na primeira consulta.

Estas reuniões têm como objectivo tentar compreender o que se passa entre os pais e a criança através de uma observação directa.

Para além da designação do técnico que ficara encarregue de seguir o caso, faz-se também uma orientação em termos de recursos ou outras intervenções, a articular durante o acompanhamento à criança, como por exemplo a observação psicológica, integração no jardim infantil ou contacto com o médico de família.

- **Identificar intervenções da competência do EESMP na Comunidade**

Assistir a sessões de Intervenção Psicoterapêutica com a Criança permitiu ao formando identificar e reflectir sobre o papel do EESMP em relação terapêutica. Levou-o a reflectir sobre aspectos de uma observação holística da criança, que deverá ter em atenção os mecanismos intelectuais destas (memória, atenção, compreensão, raciocínio, expressão), a capacidade de se focar e cumprir tarefas e o seu comportamento e interesse ao longo das actividades (Dumont *et.al.*, 1995).

A intervenção Psicoterapêutica, realizada na UPI, tem subjacente o modelo dinâmico/psicoanalítico, e pode tomar várias modalidades, sendo estas levadas a cabo tanto pelos técnicos da equipa como pelos internos de pedopsiquiatria e estagiários de psicologia. As diferentes modalidades são as seguintes: *psicoterapia individual*; *apoio psicoterapêutico à criança*, que se verifica quando a frequência das consultas é menor do que na psicoterapia individual, podendo esta modalidade ser aplicada a crianças que já foram seguidas em psicoterapia; *psicoterapia mãe - criança*, praticada quando a criança apresenta uma sintomatologia relacionada com perturbações na interacção da díade; *apoio psicoterapêutico mãe/pai*, fornecido sempre que a mãe, ou o pai, apresentem uma perturbação psicopatológica relacional grave, ou quando se pretende implicar os pais no processo terapêutico com as crianças.

O formando com vista a prossecução deste objectivo, realizou, também, uma Proposta de Projecto para uma Criança/Família (apêndice 2, p. 57), de quem tinha procedido a um registo de interacção (apêndice 6, p.97), que iria ser encaminhada para uma equipa de Intervenção Precoce.

Esta elaboração de projecto permitiu-lhe compreender a intervenção do EESMP na comunidade e a sua articulação com esta, mobilizar as aprendizagens adquiridas durante o estágio na UPI, e posteriormente, transpor os conhecimentos adquiridos para o estágio na equipa de Intervenção Precoce do Centro de Saúde da Amora.

2.1.6- Reflexão Crítica do Estágio na UPI

Dos objectivos a que o formando se propôs importava analisar e validar a importância da Vinculação no desenvolvimento da criança/jovem.

Para isso neste local de estágio o formando destaca a importância dos registos de interacção e observação realizados, onde, entre outros aspectos, se procura ver o uso que a criança faz do(s) cuidador(es) como figura de referência e a resposta deste a esses comportamentos, as posturas e movimentos do cuidador e a sua adequação; a capacidade do(s) cuidador(es) e da criança para focarem a atenção em conjunto e a capacidade de desenvolver ciclos de interacção progressivamente mais complexos. Nestes registos tenta-se, também, apreender os afectos predominantes do(s) cuidador(es) e da criança durante a interacção; o discurso livre em relação as manifestações da criança e o impacto afectivo que a interacção tem sobre o observador.

Uma das aquisições do estudante foi o desenvolvimento da capacidade de observação da criança/cuidador(es). Aqui destaca-se a importância de se observar a forma como a criança lida com uma situação nova e estranha; como estabelece relações diferenciadas em função de diferentes pessoas e contextos; a capacidade e interesse que demonstra na exploração de espaços e objectos novos; o tipo de jogo que desenvolve; o equilíbrio entre o prazer e desprazer durante actividades lúdicas e a capacidade de lidar com a frustração; as respostas e atitudes da criança relacionadas com o estado de espírito do(s) cuidador(es), nomeadamente as alterações do comportamento de acordo com o conteúdo do discurso deste(s); o nível de linguagem e interesse pela comunicação verbal; as modalidades de integração e processamento dos estímulos sensoriais; a capacidade de planeamento motor; grau de maturidade e integração da actividade psicomotora e comportamento durante a separação.

Outro dos objectivos do formando era o de identificar intervenções da competência do EESMP na comunidade.

De acordo com Johnson (1995) é fundamental o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica ter um suporte teórico que fundamente as suas decisões, que se mantenha actualizado, contribuindo para a investigação na área e na formação de outros enfermeiros, assegurando cuidados de qualidade as crianças/famílias, trabalhando em equipa e aos três níveis de intervenção (primária, secundária e terciária).

Do estágio na UPI para além de poder observar na prática como o EESMP faz uso destas competências, o formando, pôde também, devido à especificidade da população alvo do serviço, entender como é feito o gerenciamento de casos das crianças e suas famílias, e também aprender com a troca de experiências que estabeleceu com esta equipa na área da Pedopsiquiatria.

Numa fase inicial procura-se estabelecer uma relação de confiança e fazer uma avaliação, elaborando um plano de cuidados personalizado. Deste plano podem surgir intervenções ambientais, intervenções individuais criança/família e intervenções no ambiente da criança/família. A nível ambiental temos as ligações com os recursos da comunidade, consultoria a pessoas significativas, cuidadores informais, a manutenção e expansão das redes sociais. Nas intervenções individuais pode-se recorrer à relação de ajuda, treino de habilidades, psicoeducação (...). No que diz respeito à intervenção no ambiente da criança/família temos a intervenção na crise e a avaliação dos resultados (Johnson, 1995; Stuart e Laraia, 2001).

Ou seja, em geral, um programa amplo de intervenção familiar não clínica, deve incluir as seguintes componentes:

- Didáctico, através da psicoeducação;
- Prático, que ofereça treino de habilidades, por exemplo, a nível de comunicação, resolução de conflitos, solução de problemas, assertividade, a nível comportamental e de gestão do stress;
- Emocional, que ofereça oportunidades para a ventilação, a partilha e a mobilização de recursos;
- Familiar, que se centre no problema, doença mental, e nas estratégias para o futuro;
- Social, que promova o uso de redes de apoio formais e informais (Jonhson,

1995; Stuart e Laraia, 2001).

Recorrendo ao sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (OE, 2009), e face ao estágio efectuado na UPI, onde pode observar junto de peritos como era realizada a ligação com a comunidade, o formando considera como Intervenções da competência do EESMP na comunidade:

- *Estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;*
- *Identificar os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental;*
- *Realizar e implementar o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade;*
- *Realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente e família com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados;*
- *Recorrer a metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir acesso a recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.*

Em suma, ao longo de toda a intervenção o enfermeiro deverá fazer uma avaliação da adequação do seu plano e do diagnóstico. Independentemente dos sistemas de classificação diagnóstica em saúde mental infantil utilizados, é evidente a importância que as perturbações da relação têm no desencadear das perturbações psicopatológicas do bebé. Mas, é no carácter sobretudo preventivo das intervenções, e no facto de a orientação terapêutica depender bastante mais do funcionamento mental do bebé no quadro da sua relação com os cuidadores, que a intervenção do enfermeiro deverá ter lugar.

Outro dos objectivos do formando, a nível da sua monitorização de emoções e sentimentos também foi alcançado. Pertencendo estas crianças a uma faixa etária com a qual lida diariamente, o formando pode vivenciar situações de doença diferentes das habituais para si, e aprender a reconhecer sinais no comportamento dos bebés, que anteriormente, poderia apenas relacionar com a sua condição hemodinâmica e terapêutica efectuada. Isto levou a ter uma nova perspectiva, e com esta, a ter de lidar

com sentimentos de inquietude e impotência perante situações que anteriormente por si seriam lineares.

Este estágio permitiu-lhe tirar um leque de conhecimentos que pode transpor para a sua prática diária na UCINP do HGO. Nomeadamente, sendo membro dinamizador de um Grupo de Pais e Amigos dos Bebés e Crianças da UCINP, criado recentemente, cujo objectivo é apoiar as famílias dos bebés e crianças internados na unidade, de modo a reduzir o impacto negativo do internamento na dinâmica parental e familiar. Deu-lhe também a conhecer como trabalham idealmente as equipas de Intervenção Precoce em parceria com equipas multidisciplinares de Saúde Mental Infantil, e através do feedback dos profissionais com quem teve o prazer de trabalhar constatou que esta relação entre equipas é de todo desejável e de grande benefício para as nossas crianças e suas famílias.

2.2- Centro de Saúde da Amora: Equipa de Intervenção Precoce

Para definir o projecto inicial, o formando foi ao Centro de Desenvolvimento do HGO, com o intuito de perceber a articulação entre o hospital e a comunidade.

Desta visita percebeu que o local ideal para desenvolver o seu projecto seria no Centro de Saúde da Amora, uma vez que faz parte do “Partilhar para Cuidar”, projecto de parceria com o hospital e os Centros de Saúde da área abrangente (Almada, Seixal e Sesimbra), o qual tem enfermeiro no grupo da IP, o que não acontece em todos os locais. No entanto, na equipa de IP do CS da Amora, este enfº é especialista de saúde infantil e pediátrica, não existindo nenhum Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Da sua visita ao CS da Amora, onde falou com a Enfermeira Chefe e o Enfermeiro responsável pela IP, surgiu o interesse pelo projecto.

Assim a Finalidade deste ensino clínico foi:

- Desenvolver Competências como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica numa Equipa de Intervenção Precoce na Comunidade.

E os Objectivos traçados foram:

- Prestar cuidados à criança e sua família, em situações de risco de sofrimento/doença mental;

- Destacar as competências do EESMP para intervir junto da criança/família, inserido numa equipa de Intervenção Precoce, na promoção, protecção e reabilitação da saúde mental;
- Actuar como pessoa de referência entre o Hospital de apoio e a equipa de Intervenção Precoce.

No início do estágio surgiram alguns constrangimentos, que levaram o formando a reformular o cronograma e a delinear os objectivos supra referidos.

Uma limitação que surgiu foi a saída do enfº responsável pela IP no Centro de Saúde. Isto porque tinha sido a este colega, que o formando inicialmente tinha apresentado o projecto, tendo o próprio, com a sua experiência, contribuído para o mesmo.

Esta saída levou a que tivesse de fazer várias incursões, antes mesmo de iniciar o estágio, para se apresentar e apresentar o seu projecto, nomeadamente à Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica que o ficou a substituir, à pediatra do desenvolvimento, e à equipa de IP.

Devido a incompatibilidades de agendas só lhe foi atribuída uma criança/família dia 3 de Janeiro de 2011, duas semanas depois do inicialmente previsto.

O facto de se ir inserir numa equipa multidisciplinar, por um período de tempo limitado, fez com que no terreno, tivesse que reformular as actividades e os processos de trabalho propostos. Atendendo ao Artigo 91.º do Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) *dos deveres para com outras profissões*, o formando entendeu que deveria actuar responsavelmente dentro da sua área de competência, respeitando os limites desta, numa equipa multidisciplinar. Pelo que procurou trabalhar em articulação e complementariedade com todos os agentes envolvidos.

Inicialmente tinha-se proposto a fazer um levantamento das necessidades de uma família sinalizada e apresenta-las à equipa para serem a base da criação do *Plano Individualizado de Apoio à Família* (PIAF). No entanto, pelo supra referido, acordou com a equipa de IP, que lhe seria atribuída uma criança/família que tivesse tido internamento na UCIN do HGO, que já estivesse a ser acompanhada pela equipa à algum tempo e que estaria sempre acompanhado pelo *responsável de caso*.

Isto veio limitar a sua acção, e levou-o a reformular os seus objectivos. Guiando-se pelos princípios éticos que sempre o acompanharam e atendendo ao artigo 81º do

Código Deontológico que fala sobre *Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso*, entendeu ser do interesse da criança e da família, poupá-las à intervenção de um novo técnico que iria estar por pouco tempo e que depois não teria ninguém que desse continuidade ao trabalho iniciado, o que o levou conscientemente, a limitar o seu trabalho.

No caso das crianças/jovens, o EESMP depara-se com um desafio único, para além de providenciar cuidados ao seu cliente, atendendo as suas necessidades e salvaguardando os seus interesses, tem de ter em consideração as necessidades e interesses dos pais/cuidadores da criança/jovem, da instituição de saúde e do estado. O EESMP deve ter em consideração o nível de desenvolvimento e estado mental da criança/jovem, quando decide que informação lhe facultar. Manter a criança/jovem informada e participante activa no seu tratamento, demonstra respeito do enfermeiro pela autonomia desta. É de todo o interesse que a criança/jovem seja respeitada enquanto individuo e que tenha responsabilidade pelo seu projecto terapêutico, e que veja garantido o seu direito à confidencialidade.

Atendendo ao princípio ético da beneficência e autonomia, salienta-se o direito dos pais/cuidadores de decisão sobre o tratamento. Para salvaguardar os interesses da criança/jovem, faz parte do trabalho terapêutico do EESMP a psicoeducação aos pais/cuidadores, em relação ao desenvolvimento e saúde mental necessária à criança/jovem, (Johnson, 1995).

Para uma compreensão do percurso do formando nesta equipa passa-se a fazer uma breve caracterização desta, seguindo-se uma descrição pormenorizada das actividades desenvolvidas e uma reflexão critica deste momento de estágio. Pela relevância para o projecto do formando, apresenta-se uma caracterização da equipa minuciosa e avaliação diagnóstica da mesma no apêndice 3 (p. 61).

2.2.1- Equipa de IP do Seixal: caracterização

Esta equipa faz parte do Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Seixal, que tem como enquadramento legal o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19 de Outubro e Decreto-Lei nº 3/2009 de 7 de Janeiro, dos Ministérios da Educação, Saúde, Trabalho e da Solidariedade.

Esta equipa encontra-se sediada nas instalações da entidade promotora – CERCISA – instituição de solidariedade social sem fins lucrativos, que surgiu em 1975.

A qual abrange os concelhos de Almada/Seixal e tem como objectivo o atendimento a crianças, jovens e adultos a partir dos seis anos de idade, com necessidades educativas especiais.

No âmbito da rede Incluir – Projecto de Parceria do Concelho do Seixal, o qual visava a melhoria da qualidade de vida da população com necessidades especiais – surgiu em 1997 o Grupo de trabalho da Intervenção Precoce, constituído por representantes dos centros de saúde, da equipa de apoios educativos, da Segurança Social, da Câmara Municipal do Seixal e da CERCISA.

População Alvo

A Intervenção Precoce (IP) é uma medida de apoio integrativa, centrada na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, saúde e acção social (Despacho Conjunto 891/99, dos Ministérios da Educação, Saúde e do Trabalho e da Solidariedade).

Destina-se a famílias com crianças dos zero aos seis anos de idade, especialmente dos zero aos três anos de idade, residentes no Concelho do Seixal, que apresentem problemas de desenvolvimento ou risco.

O risco engloba três categorias:

- Risco Estabelecido: refere-se a desordens médicas e/ou neurológicas, como trissomia 21, paralisia cerebral, etc. Estas desordens tem uma etiologia e um padrão de desenvolvimento conhecido implicando sempre algum atraso de desenvolvimento.
- Risco Biológico: situações em que existem complicações ou preocupações na historia pré-natal, pós-natal ou no desenvolvimento precoce (ex. Crianças prematuras, expostas a estupefacientes, baixo peso gestacional, etc.)
- Risco Ambiental e Social: situações ou condições da vida da criança que podem interferir com um desenvolvimento saudável, ex. Má nutrição, abusos físicos e/ou psicológicos, condições ligadas à pobreza, falta de estimulação, etc.

In Despacho Conjunto 891/99, dos Ministérios da Educação, Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Objectivo da equipa

A necessidade de se intervir precocemente junto da criança em situação de risco ou com deficiência é hoje universalmente aceite.

A Intervenção baseia-se numa relação de confiança e parceria entre a família e os profissionais, na avaliação dos pontos fortes da criança, no levantamento de recursos e capacidades da família e da adequação dos contextos em que esta se insere.

Pretende-se, assim, facilitar as condições para que o sistema familiar reforce as suas capacidades de modo a acompanhar, com eficácia, as várias etapas do desenvolvimento da criança.

2.2.2- Actividades do Formando na Equipa de IP

Os objectivos traçados para este local de estágio, interligam-se entre si, e fazem sentido como um todo para atingir a finalidade proposta. Pelo que as actividades desenvolvidas, que se passa a descrever, são comuns aos 3 objectivos traçados, que são:

- **Prestar cuidados à criança e sua família, em situações de risco de sofrimento e/ou doença mental;**
- **Destacar as competências do EESMP para intervir junto da criança e família, inserido numa equipa de Intervenção Precoce, na promoção, protecção e reabilitação da saúde mental;**
- **Actuar como pessoa de referência entre o Hospital de apoio e a equipa de Intervenção Precoce.**

Apresentação do projecto à equipa

Inicialmente fez a apresentação do projecto à Enf.^a do estágio, à pediatra do desenvolvimento e à equipa de IP. Para tal agendou reuniões individuais com a enf.^a orientadora e a pediatra, e participou em reunião da equipa de Intervenção Directa, com o intuito de:

- Dar a conhecer a todos os intervenientes o projecto e o seu objectivo e levá-los a identificar a necessidade de um EESMP na equipa;

- Ver reconhecida pela equipa competências e responsabilidade para acompanhar uma criança/família;
- Ter atribuída uma criança/família inserida no programa de IP na Primeira Infância, conjuntamente com o *responsável de caso*.

Integração na equipa

Quando inserida na equipa procurou através de entrevistas a vários elementos da equipa, e recorrendo também, à consulta de normas, guias e estatísticas da equipa de IP, dar resposta aos seguintes objectivos:

- Conhecer qual o encaminhamento e prioridade dada as informações que vem da UCIN;
- Perceber se a sinalização se adequa e/ou pode ser melhorada;
- Conhecer as funções de cada técnico e perceber qual o contributo que um EESMP pode trazer à equipa.

Avaliação diagnóstica das crianças e famílias acompanhadas pela equipa

Outra das actividades realizadas foi a avaliação diagnóstica das crianças/famílias que estão inseridas na equipa de Intervenção Precoce do C.S. Amora. Para isso consultou os processos de internamento das crianças inseridas na IP e falando com elementos da equipa, de modo a:

- Conhecer a problemática de cada uma delas, o local de apoio e o tipo de apoio que tem;
- Identificar quais as que tiveram internamento na UCIN, a fim de agilizar a sua intervenção e ser mais tranquilizador e facilitador a presença de uma pessoa que já era conhecida dos cuidadores.

Após ter feito a caracterização e avaliação diagnóstica, o formando confirmou que os enfermeiros que constituem a equipa, um por grupo de trabalho (Seixal, Amora e Corroios) são especialistas em saúde infantil e pediátrica, e não tem uma intervenção directa com estas crianças.

Seguindo os critérios de selecção e elegibilidade da equipa (apêndice 3, p. 61) apresentou à mesma, quais as crianças e suas famílias, que lhe faria sentido seguir.

Para a sua escolha teve em consideração o objectivo da equipa de criar uma relação de confiança e parceria entre a família e os profissionais, optando assim por uma família com um longo internamento na UCIN, da qual o formando já tinha cuidado, e destas, escolheu uma criança que correspondia ao critério de 1ª prioridade para a equipa, ou seja, uma criança com menos de 3 anos de idade, com *Risco Estabelecido* e que estivesse no domicílio, ou em ama particular, pelo menos na altura em que tinha sido sinalizada.

A equipa, com base na selecção prévia do formando, escolheu uma criança e família para fazer o seguimento, tendo por critério a perícia e competência reconhecidas ao *responsável de caso* que já seguia a criança.

Após ser identificada a situação a acompanhar, o formando procedeu à Realização de um projecto de Intervenção para a criança/família (apêndice 4, p. 66)

Com o objectivo de prestar cuidados à criança/família, em situações de risco de sofrimento/doença mental, o formando procedeu à consulta de *Relatório Técnico – Pedagógico* da criança e à pesquisa bibliográfica na área da problemática da criança, que fundamentasse a intervenção a ser delineada. Para tal acompanhou o *responsável de caso* na sua intervenção com a criança, a fim de:

- Conhecer as competências, limitações e pontos fortes da criança;
- Perceber a dinâmica familiar para poder criar plano individualizado;
- Conhecer as limitações da problemática para o quotidiano e expectativas de futuro, criando um plano preventivo do bem-estar mental da criança/família;
- Avaliar a nível de enfermagem e de saúde mental a criança/família através de observação directa e informações do *responsável de caso*.

Foi depois feita a Apresentação sucinta do projecto à cuidadora da criança. Para tal, o formando agendou com a *responsável de caso*, um encontro, de modo a se apresentar à mãe no dia da sua primeira observação junto da criança, no sentido de:

- Dar a conhecer a mãe o propósito da sua presença e o seu novo papel, uma vez que a mãe conhecia o formando aquando do internamento da criança na UCIN do HGO.

Outra das actividades realizadas foi a Elaboração de norma estruturante das Actividades do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, inserido na equipa de Intervenção Precoce do Centro de Saúde da Amora (apêndice 5, p. 72).

A realização de estágio de observação/formação na UPI permitiu-lhe:

- Destacar as competências que um EESMP tem para intervir junto da criança/família na promoção, protecção e reabilitação da saúde mental;
- Dar resposta à avaliação SWOT (strenghts, weaknesses, opportunities and threats) da equipa de IP, em que surge como ameaça o nº insuficiente de enf^{os} de referência nos C.S.

O formando procedeu também à Compilação de um guia de recursos da comunidade, dirigido às problemáticas da infância (anexo 1, p.104).

Após pesquisa bibliográfica de guias de recursos para as deficiências dos concelhos de Setúbal, Almada e Seixal, foi possível compilar um guia específico às problemáticas da infância, com vista a:

- Dar resposta a uma necessidade do C.S Amora e referido como uma mais valia para a equipa de IP.

2.2.3- Reflexão Crítica do Estágio na Equipa de IP

A finalidade deste Estágio era o de desenvolver competências como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica numa Equipa de Intervenção Precoce na Comunidade.

Neste campo de estágio o formando pode observar a dinâmica desta equipa e quais poderiam ser as suas intervenções enquanto EESMP na mesma. Seguidamente salientam-se alguns aspectos que a evidência científica vem fundamentar, com base na pesquisa elaborada e anteriormente referida (p. 11), mas também com a perspectiva pessoal da prática vivenciada.

Um dos argumentos mais fortes para a prevenção/intervenção, são as descobertas relacionadas com os “períodos sensíveis”no desenvolvimento do sistema nervoso central. Ou seja, os autores identificam períodos do desenvolvimento do bebé, em que o seu cérebro está mais permeável à aquisição de competências. O que tem sido demonstrado em várias áreas como a reactividade emocional, a auto-regulação, a vinculação, a motivação, a relação. No mesmo sentido, é reconhecido o impacto prejudicial de certos tipos de experiencias, nomeadamente o efeito destrutivo do stress emocional (Silva *et. Al.*, 2003).

Já em 1993 a OMS sublinhou a necessidade de intervir no campo dos cuidados de saúde na primeira infância. *A promoção da Saúde Mental em crianças, ou adolescentes deve ser iniciada precocemente, especialmente se considerarmos que a Saúde Mental Infantil é a chave da prevenção da saúde psicossocial em todo o ciclo de vida do indivíduo* (Gonçalves e Silva, 2003).

De salientar um estudo conduzido por Sameroff *et al.* Citado por Halpern e Figueiras (2004) sobre o papel do meio ambiente na determinação da saúde mental da criança (*Rochester Longitudinal Study*), acompanhando-as desde o período pré-natal até a adolescência. Os principais achados do estudo foram: a) a história de doença mental materna; b) os níveis elevados de ansiedade materna; c) as perspectivas parentais limitadas; d) a interacção limitada entre a criança e a mãe; e) o chefe da família sem ocupação qualificada; f) a baixa escolaridade materna; g) as famílias de grupos étnicos minoritários; h) as famílias monoparentais; i) a presença de eventos stressantes; j) as famílias com quatro ou mais filhos.

Comparando cada variável isoladamente, o efeito múltiplo de risco mostrou que as crianças consideradas de alto risco (por exemplo, com problemas de saúde mental na família, baixa expectativa dos pais, interacção mãe/bebê pobre, baixa educação materna e sem suporte familiar) tinham 24 vezes mais hipóteses de apresentar uma deficiência quando comparadas com as de menor risco.

Nos diversos estudos (Apolónio e Franco, 2008; Bairrão e Almeida, 2003; Almeida, 2004) realizados sobre os programas de Intervenção Precoce, por especialistas na área da educação (os estudos encontrados foram todos nesta área), as fragilidades apontadas em todos eles, são uma clara insuficiência a nível de detecção e encaminhamento precoce das situações. Sendo que esta baixa percentagem de sinalização, sobretudo nas primeiras idades (apenas 25% são identificadas antes dos 3 anos), se prende com a inexistência de redes e de canais insuficientes entre as estruturas de saúde e o sistema educativo. Outra das constatações, deve-se com a retenção das situações com vista à obtenção de um diagnóstico, que é dispensável à sinalização e à intervenção educativa. Por último, nas situações de risco biológico ou social, acresce ainda, muitas vezes, a dificuldade na detecção de situações por parte dos cuidados de saúde primários e dos serviços de educação e sociais. (Bairrão e Almeida, 2003; Almeida, 2004).

No que diz respeito as razões que poderão levar a que algumas crianças sejam identificadas mais cedo que outras, salienta-se: a falta de experiência a nível de diagnóstico e a carência de instrumentos de rastreio eficazes.

Do projecto de investigação realizado por Apolónio e Franco (2008) sobressaíram algumas conclusões importantes para o projecto do formando, e que servem de sustentação à importância do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica numa equipa de Intervenção Precoce. As conclusões desta investigação a reter foram:

- É especialmente importante a existência de um elemento de ligação entre o centro de saúde e as equipas no encaminhamento dos casos. Em quase metade dos casos, os técnicos dos centros de saúde não recebem informação regular sobre as actividades das equipas, ou a ficha de identificação da criança. Ter contacto com a equipa, conhecer a ficha de sinalização dos casos e saber como utilizá-la parecem ser os indicadores mais importantes de um impacto significativo ao nível da informação, mudanças e práticas, tanto de médicos como de enfermeiros.
- As crianças apoiadas pelos educadores chegam à IP principalmente devido a estarem em situação de risco por causas sociais ou familiares (36,79%). Os casos de deficiência, assim como os de atraso grave do desenvolvimento são significativamente menos. Olhando, no entanto, as respostas dos educadores titulares, verificamos que há uma dificuldade notória em agrupar os tipos de dificuldades apresentados pelas crianças, sendo feito um agrupamento diagnóstico essencialmente sindromático com forte incidência na perturbações da linguagem (24,1%) e no atraso global do desenvolvimento (25,9%). Esta dificuldade de clarificação diagnóstica, e a mistura dos níveis funcional, sindromático e etiológico, levam, a que por exemplo, no caso das perturbações da linguagem, embora sejam identificados apenas 24,1% de casos, são 61,9% aqueles em que há respostas de terapia da fala. Desta discrepância (e de outras similares) decorrem três necessidades fundamentais: a) encontrar uma forma coerente e homogénea de fazer os diagnósticos, ou caracterização das situações, b) ultrapassar caracterizações genéricas e indiferenciadas que não são esclarecedoras sobre as necessidades de intervenção (como atraso global de desenvolvimento) e c) diferenciar entre aspectos desenvolvimentais, por exemplo da linguagem, a trabalhar na actividade educativa, e as situações patológicas com necessidade de terapias especializadas.
- A participação dos hospitais no diagnóstico fica aquém do que seria de esperar,

mesmo nos casos de perturbação do desenvolvimento ou de deficiência em que pouco ultrapassa os 50% dos casos. O papel dos centros de saúde nesse diagnóstico é muito reduzido, quase residual, não atingindo os 5%.

- Em termos de impacto no funcionamento familiar, a ajuda da IP, deverá melhorar em aspectos como: a atenção aos outros elementos da família (apontando para uma focalização na problemática da criança), existência de tempos livres e de lazer (exigindo outro tipo de respostas de apoio à família do tipo “respiro familiar”), ter de lidar com papéis e burocracia (que, atendendo até ao baixo nível escolar das famílias exigiria actividades de apoio burocrático efectivo) e falar com outras pessoas (realçando a grande necessidades do desenvolvimento na comunidade, de redes sociais informais).

Nesta perspectiva, o formando considera que os profissionais de saúde dos cuidados primários, encontram-se numa posição privilegiada, de supervisão geral da criança, para observar as inter-relações das várias manifestações de saúde mental deficiente, numa fase ainda inicial, e podem acompanhar a história natural da disfunção, à medida que a criança cresce e se desenvolve. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica ao trabalhar em parceria com os pediatras e os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, poderá identificar precocemente as situações de risco, e actuar na prevenção, psicoeducação e reabilitação, conjuntamente com todos os técnicos da equipa de Intervenção Precoce.

A organização do atendimento de enfermagem de saúde mental para crianças em torno das habilidades de competência é um modo culturalmente sensível de planear e implementar as intervenções de enfermagem infantil.

Strayhorn, citado por Stuart e Laraia (2001), identificou as nove habilidades seguintes de que todas as crianças precisam para se tornarem adultos competentes:

- Ser capaz de estabelecer intimidade e relacionamentos de confiança; lidar com a separação e tomadas de decisão independentes; capacidade de negociar decisões conjuntas e conflitos interpessoais; lidar com a frustração e eventos desfavoráveis; exteriorizar sentimentos e vivenciar experiências de prazer; ser capaz de elaborar o adiamento da gratificação; poder usufruir de relaxamento e jogos; apresentar processamento cognitivo através de

palavras, símbolos e imagens; estabelecer um senso adaptado de direcção e propósito.

Estas habilidades dão ao EESMP um marco para avaliar e intervir junto das crianças, famílias e comunidade. Atendendo à gestão de caso, como uma das actividades da sua competência (OE, 2009) concebendo, coordenando e implementando estratégias de intervenção precoce, através da psicoeducação e aconselhamento aos pais, crianças e jovens, o seu papel numa equipa multidisciplinar é uma mais valia.

Das *funções de ajuda e de educação, orientação* (Benner, 2001), que o formando teve oportunidade de desenvolver ao longo do estágio, salienta-se a importância da intervenção junto da família, sobretudo quando se trata da pedopsiquiatria. É fulcral para o enfermeiro oferecer as famílias destas crianças, um cuidado centrado na satisfação as suas necessidades, seja pela compreensão dos seus sentimentos, seja pelo respeito das suas crenças e cultura, ou até mesmo, pelo desmistificar medos, curiosidades e fantasias respeitantes as necessidades especiais da criança, e ao seu futuro.

Neste sentido, o formando, elaborou duas propostas de intervenção do enfermeiro ESMP, inserido numa equipa de Intervenção Precoce, para as crianças, e suas famílias, que acompanhou. A primeira foi elaborada durante o estágio na UPI (apêndice 2, p.57), e a segunda no Centro de Saúde da Amora, na Equipa de Intervenção Precoce (apêndice 4, p.66), mobilizando as aprendizagens adquiridas no decurso do estágio. Devido as limitações de tempo nos diferentes locais, não foi possível testar nenhuma das propostas, e consequentemente, não é apresentada nenhuma avaliação, mas estas foram devidamente aferidas com as enfermeiras orientadoras. Apresenta-se também, uma possível norma estruturante das actividades do enfermeiro ESMP inserido na equipa de IP (apêndice 5, p. 72), que foi elaborada com o contributo das orientadoras clínicas da UPI (enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica) e do CS da Amora (enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica).

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estágio permitiu ao estudante desenvolver-se a nível pessoal e profissional, tomando consciência dos *handicaps* e capacidades facilitadoras que possui, enquanto futuro Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pode também vivenciar situações de psicoterapia, socioterapia, psicossociologia e psicoeducação, dirigidas por peritos na área de pedopsiquiatria, que deram ao formando a possibilidade de perceber o quanto o papel de terapeuta em saúde mental infantil é activo, a multiplicidade de papéis a que este recorre em relação terapêutica e observar a aplicação de diversas estratégias específicas em diferentes situações.

Nos diferentes locais de estágio foi-lhe possível validar o que a pesquisa bibliográfica afirmava sobre a vinculação como um factor decisivo no desenvolvimento da criança/jovem.

Através da orientação de peritos, pode identificar as intervenções da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade, e reflectir sobre o seu papel, se estivesse inserido numa equipa de Intervenção Precoce, apresentando, para tal, propostas da sua acção junto da criança/família.

As dificuldades com que o formando se foi deparando ao longo do estágio deveram-se à escassa experiência que possui na área da pedopsiquiatria, nomeadamente a nível de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, mas que foi conseguindo superar com pesquisa bibliográfica, recorrendo aos enfermeiros peritos na área e com as situações que foi vivenciando ao longo do estágio. Defrontou-se com sentimentos que habitualmente não experienciava actualmente, na sua prática diária, os quais conseguiu ultrapassar após períodos de introspecção e através da troca de ideias com colegas e familiares seus.

Como objectivos profissionais futuros, o formando irá conjuntamente com as funções que actualmente exerce no seu serviço de chefia de equipa, exercer também funções de enfermeiro de referência de saúde mental e psiquiátrica infantil. Actuará em situações particulares, sobretudo de sofrimento mental da criança/jovem e cuidador(es), e será preferencialmente, o elemento de referência entre o serviço e os cuidados de saúde primários, em situações em que a sua avaliação enquanto

enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, entenda carecer de uma vigilância mais apertada e uma sinalização imediata para as equipas de intervenção precoce. Para isso, o estágio realizado foi fundamental e precioso para estabelecer contactos com peritos da pedopsiquiatria e da intervenção precoce.

Outro projecto que o formando irá abraçar será o juntar-se ao recente grupo de pais e amigos dos bebés e da crianças da UCINP do HGO, enquanto elemento dinamizador. Este grupo foi criado com o objectivo de apoiar as famílias dos bebés e crianças internados na unidade de modo a reduzir o impacto negativo do internamento na dinâmica parental e familiar. O que se espera alcançar através da partilha de experiências, da facilitação de suporte emocional, da veiculação de informação útil e apropriada, da fomentação de estratégias promotoras de esperança e da optimização dos recursos da comunidade, nomeadamente, articulação com outros grupos de apoio.

Como continuação do projecto na área da Intervenção Precoce, o formando deixa algumas sugestões, que na sua perspectiva, seriam elementos a ter em consideração, salientando a importância de existir um Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica nas equipas de Intervenção Precoce na Primeira Infância.

São identificadas algumas das áreas prioritárias de investigação em Intervenção Precoce, que se adequam, também, à realidade do nosso país. Dos múltiplos estudos que poderiam ser realizados o formando passara a referir apenas aqueles em que poderia ter uma intervenção directa como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, inserido numa equipa de Intervenção Precoce, nomeadamente sobre:

- instrumentos de avaliação dos resultados na família, já que se considera os existentes, de um modo geral, algo intrusivos, pouco eficazes e tecnicamente pouco adequados;
- avaliação abrangente dos progressos das crianças, incluindo todas as áreas de desenvolvimento e contextualizando as situações de forma a ter em conta os factores de risco e de oportunidade que influenciam o desenvolvimento.
- efeitos que factores como etnia, linguagem, cultura e pobreza, têm no grau de participação da família nos programas de Intervenção Precoce e nos resultados alcançados com estes programas.

4- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Almeida, I. (2004) *Intervenção precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade*. *Análise Psicológica* 1(XXII), p. 65-72.

APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi.

Apolónio, A.; Franco, V. (2008) *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo: criança, família, comunidade*. Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Bairrão, J.; Almeida, I. (2003) *Questões actuais em intervenção precoce*. *Psicologia*, 17(1), p. 15-29.

Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Chalifour, J., (2007) *A intervenção terapêutica – volume 1: os fundamentos existencial – humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.

Chalifour, J., (2009) *A intervenção terapêutica – volume 2: estratégias de intervenção*. Lusodidacta.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) – *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Retirado de <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>

Diário da República (1999) - *Despacho Conjunto nº 891/99* Ministérios da Educação, Saúde e do Trabalho e da Solidariedade — II Série nº 244

Diário da República (2008) - *Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016)*, 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008

Dumont, J.P., Dunezat, Ph. ; Alexandre, M. ; Prouff, J. (1995) – *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Tome 2, Editions Heures de France.

Gonçalves, M.J.; Silva, P.C. (2003) *A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: uma experiência clínica*. *Análise Psicológica* volume 21, nº1, p.13-21. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt> a 8 de Novembro de 2010.

Halpern, R.; Figueiras, A (2004) – *Influências ambientais na saúde mental da criança*. *Jornal de Pediatria*, Vol. 80, nº2, p. 104-110.

Johnson, B. (1995) – *Child, adolescent and family psychiatric nursing*. J.B. Lippincott Company.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Modelo de desenvolvimento profissional: sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa, Ed. Ordem Enfermeiros

Pereira, M. (2008) *Desenvolvimento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário e Relação com os seus Cuidadores*, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Silva, P.; Eira, C.; Vicente, M.; Guerreiro, R. (2003) *Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos serviços de cuidados de saúde primários*. *Análise Psicológica*, p. 59-76

Silva, P.; Eira, C.; Pombo, J.; Silva, A.; Silva, L.; Martins, F.; Santos, G.; Bravo, P.; Roncon, P. (2003) *Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R.*; *Análise Psicológica* 1(XXI), p. 31-39

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2008) *Intervenção Precoce*. Retirado de <http://www.lusoneonatologia.net> a 8 de Novembro de 2010

Stuart, G.; Laraia, M. (2001) *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. Porto Alegre, 6ª edição, Artmed Editora

VIDIGAL, M.; Colaboradores (2005), *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*, Lisboa, Trilhos Editora

APÊNDICE 1

Actividade do Âmbito Cognitivo – Internamento de Pedopsiquiatria

JOGO DO PROBLEMA

OBJECTIVO:	Identificar e exprimir as suas preocupações/problemas Visualizar novas perspectivas de resolução de problemas
TEMPO:	Mínimo 40 Minutos.
MATERIAIS:	Papel e lápis
ACTIVIDADE:	<p>O animador distribui uma folha de papel e um lápis por cada participante. Convida todos a pensarem num problema/situação que queiram ver solucionada escrevendo-o na folha, sem se identificar.</p> <p>Depois cada um dos participantes, dobra a folha e coloca-a dentro de uma caixa.</p> <p>Após todos os papéis terem sido colocados na caixa, o animador redistribui-os de forma aleatória, de modo a que nenhum dos participantes fique com o seu próprio.</p> <p>Cada participante deverá ler e tentar encontrar uma solução para o problema/situação. O animador promove a partilha e a discussão livre entre os participantes.</p>
FUNDAMENTAÇÃO:	Reconhecimento de estratégias para resolução de diferentes problemas e desenvolvimento da capacidade de crítica.

Avaliação da Actividade

Enfª Carina Moura e Enfª Rute Roldão

Data: 13.01.2011

No âmbito do estágio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria foi-nos proposta a realização de uma actividade com os jovens em regime de internamento.

No início da semana na reunião para a programação de actividades, foi sugerida esta actividade com os objectivos:

- Identificar e exprimir as suas preocupações/problemas;
- Visualizar novas perspectivas de resolução de problemas.

Assim, foi explicado como iria decorrer a sessão: inicialmente todos deveriam escrever num papel um problema/situação que fosse fonte de preocupação, após o que cada papel seria colocado numa caixa, para serem baralhados. Seguidamente, cada um retiraria outro papel que não fosse o seu e tentaria dar uma resposta/resolução do mesmo.

A sessão foi realizada no período das 9h30-10h30, com algumas interrupções, de qualquer forma a dada altura os nove jovens internados conseguiram participar.

Foi muito interessante verificar que todos participaram com muito entusiasmo e procuraram sempre ajudar a encontrar uma solução para cada problema.

Os principais problemas encontrados foram:

“Não gosto da minha pessoa”

“Às vezes tenho algumas dificuldades de acreditar em mim e naquilo que consigo fazer.”

“Tenho pouca paciência. Que fazer?”

“Desesperado em ter alta”

“Tenho medo que para a semana não tenha alta”

“Dificuldade em lidar com a morte do meu avô e ficar longe da família”

“A mim, o facto de estar aqui, longe dos meus familiares, sem saber quando regressarei a casa, preocupa-me imenso. Como resolverei o meu problema?”

“Eu tenho um problema que gozam comigo”

“Não poder sair com amigos. Não poder andar de bicicleta”

Durante esta actividade também estiveram presentes e a participar de forma activa: 3 enfermeiros, 1 terapeuta ocupacional, 1 monitor.

No final da sessão fizemos a avaliação da mesma, em que todos foram unânimes, em como a actividade tinha sido muito importante, no sentido de verem o seu problema sob outra perspectiva e com outras possibilidades de resolução. Verbalizaram compreender que com a ajuda de outras pessoas (nomeadamente técnicos e outras pessoas com problemas semelhantes), é mais fácil olhar para o problema e encontrar resolução para o mesmo.

Para nós esta actividade foi positiva, não só porque conseguimos que todos os jovens participassem, mas sobretudo pela avaliação que fizeram da sessão, isto porque entendemos que contribui para que todos pensem por momentos no que os preocupa e, permite-lhes exteriorizar sentimentos/emoções, que lhes facilitará posteriormente a possibilidade de identificar e perspectivar soluções, para situações aparentemente sem solução.

APÊNDICE 2

Proposta de Projecto de Intervenção para os Gémeos – Unidade da Primeira Infância

Proposta de Projecto de Intervenção para os Gémeos

Crianças do sexo masculino com 21 meses

Diagnostico: Perturbação da Relação e da Comunicação

Estão em casa com a mãe, não tem apoio familiar, pais não conseguem vagas em infantários

Intervenção:

- Articular com a equipa de Intervenção Precoce da área de residência;
- Visitação domiciliaria;
- Agendar avaliação do desenvolvimento por psicóloga clínica da UPI - instrumentos utilizados habitualmente: Escala de Desenvolvimento de Griffith's, avaliação neurológica e da audição, despiste da deficiência mental e a administração da CARS (Childhood Autism Rating Scale);
- Criar *rede social de suporte* – avaliar recursos de apoio dentro do núcleo familiar e amigos; encontrar creche ou alguma actividade que lhes permita sair de casa e interagirem com os pares e outros adultos, ponderar integração em turmas diferentes;
- Intervenção psicoterapêutica individual com mãe, se assim o desejar – elaborar em parceria com esta plano de actividades prazerosas e relaxantes;
- Oferecer intervenção psicoterapêutica ao pai se assim o desejar;
- Criar em parceria com o casal, articulando com membros da *rede social de suporte* (ex. Familiares e amigos) momentos exclusivos ao relacionamento a dois;
- Observar interacção em casa, aprofundar o dia a dia, as brincadeiras em família;
- Realizar Interações não directivas do *Floor Time* 3x semana;
 - Seguir a actividade dos gémeos;
 - Entrar na sua actividade e apoiar as suas intenções, tendo sempre em conta as diferenças individuais e os estádios do desenvolvimento emocional das crianças;
 - Através da nossa própria expressão afectiva e das nossas acções, levá-los a envolverem-se e a interagirem comigo;

- Abrir e fechar ciclos de comunicação (comunicação recíproca), utilizando estratégias como o «jogo obstrutivo»;
 - Alargar a gama de experiências interactivas das crianças através do jogo;
 - Alargar a gama de competências motoras e de processamento sensorial;
 - Adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e visuo-espacial, planeamento motor e modulação sensorial;
 - Inicialmente tentar despertar o primeiro nível funcional de desenvolvimento emocional em que os gémeos se encontram, e a partir daí ir estimulando as outras áreas à medida que eles o permitam (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional) (Greenspan, 1992b; Greenspan & Wieder, 1998) retirado de Silva, Eira, Pombo *et al.* (2003).
- Articular com a Terapia Ocupacional (2x semana) com o objectivo de integrar informação sensorial no contexto das actividades, facilitando o aparecimento de padrões de movimento de modo a conseguir uma resposta adaptada, facilitadora da interacção dos gémeos com o meio;
 - Promover interacção com envolvimento físico – toque profundo (identificado processamento táctil como subreactivo, na primeira consulta);
 - Articular com a Terapia da Fala (1 ou 2x semana) – quando a comunicação emergir de forma suficiente – com o objectivo de fornecer-lhes instrumentos convencionais de comunicação, pré simbólicos e simbólicos, alargando as suas intenções comunicativas, recorrendo as seguintes estratégias:
 - Introdução de uma terceira pessoa na sessão, para servir de modelo de comunicação;
 - Partir dos interesses individuais de cada criança (personalização da linguagem);
 - Dar intencionalidade e significação a todo e qualquer sinal comunicativo;
 - Criar situações facilitadoras da utilização funcional da comunicação/linguagem em diferentes contextos;
 - Utilização de suportes visuais à oralidade: Gesto natural, objectos, fotografias, imagens, etc.;

- Utilização de comunicação aumentativa, nomeadamente do Programa de Linguagem do Vocabulário MAKATON, gesto codificado e símbolos gráficos, em simultâneo com a fala;
- Redução da complexidade da linguagem pelo terapeuta;
- Adaptação às competências linguísticas dos gémeos (nível da palavra isolada, duas palavras, três ou mais palavras);
- Ênfase na entoação, ritmo e melodia (Prosódia);
- Ênfase na expressão facial e mímica corporal.

Silva, Eira, Pombo *et al.* (2003).

- Agendar reuniões regulares de articulação com os técnicos do Jardim-de-infância, onde as crianças irão ser integradas, com a participação dos pais;
- Integrar os pais nas reuniões periódicas (de 2 em 2 meses) realizadas de forma informal como grupo de inter – ajuda.

APÊNDICE 3

Caracterização da Equipa e Avaliação Diagnostica das Crianças/Famílias integradas na Intervenção Precoce do Seixal

Caracterização da Equipa de Intervenção Precoce do Seixal

1. Critérios de Selecção e Elegibilidade

- ✓ Famílias com crianças dos zero aos seis anos de idade, preferencialmente dos zero aos três anos, com risco grave de desenvolvimento ou deficiência;
- ✓ Tempo útil de intervenção;
- ✓ Tipo e características da família;
- ✓ Recursos da comunidade;

1ª Prioridade: 0-3^A / Risco Estabelecido/ Domicilio ou Ama Particular;

2ª Prioridade: 3-6^A / Risco Estabelecido/ Domicilio ou Ama Particular;

3ª Prioridade: 0-3^A / Risco Estabelecido/ IPSS;

4ª Prioridade: 3-6^A / Risco Estabelecido/ IPSS;

5ª Prioridade: 0-3^A / Risco Estabelecido/ Particular e Cooperativo;

6ª Prioridade: 3-6^A / Risco Estabelecido/ Particular e Cooperativo;

7ª Prioridade: Riscos Cumulativos;

8ª Prioridade: Risco Biológico;

9ª Prioridade: Risco Ambiental.

2. Constituição e Funções da Equipa de Intervenção Directa

Actualmente, as práticas de IP, numa perspectiva sistémica, implicam uma multiplicidade de respostas decorrentes da grande diversidade de necessidades da família e da criança.

Deste modo a equipa dispõe dos seguintes recursos:

- 4 Docentes;
- 1 Psicóloga;
- 1 Assistente Social;
- 1 Terapeuta da Fala;
- 1 Terapeuta Ocupacional;
- 1 Fisioterapeuta;
- 3 Médicos;

- 3 Enfermeiros;
- 1 Supervisor Técnico.

Anualmente é seleccionado um supervisor. A supervisão é feita por um elemento com competência reconhecida em IP, que não participa na Equipa de Intervenção Directa. As reuniões de supervisão são mensais.

A Equipa de Intervenção Directa esta subdividida em três grupos de trabalho: Seixal, Amora e Corroios. Cada grupo reúne-se mensalmente, nela participam os elementos da equipa de Intervenção Directa, podendo estar presente qualquer parceiro ou outras entidades da comunidade.

A cada grupo de trabalho cabe:

- Seleccionar as situações para apoio de IP;
- Construir o Plano Individual de Intervenção e organizar o processo por cada criança/família;
- Caso não hajam recursos no Projecto, encaminhar a família para os serviços competentes, juntamente com a informação existente.

Parceiros do Projecto

- Centro de Saúde da Amora;
- Centro de Saúde do Seixal;
- Centro de Saúde de Corroios;
- Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos;
- Serviço de Acção Social de Almada;
- CERCISA;
- Câmara Municipal do Seixal

Mensalmente há uma reunião alargada de parceiros, coordenada pela entidade promotora, em que participam um representante de cada parceiro e o coordenador da equipa.

3. Procedimentos

Sinalização

A ficha de sinalização é o primeiro documento a ser preenchido, dando à equipa consentimento para intervir, devendo para este efeito ser assinado pela família e elemento sinalizador.

As sinalizações são feitas pela própria família, serviços de saúde, segurança social e educação e restantes recursos da comunidade.

As sinalizações são recebidas pela entidade promotora, CERCISA, ou por qualquer elemento da Equipa de Intervenção Directa, que as fará chegar ao coordenador da referida equipa.

Triagem

O primeiro encontro com a família e a criança é feito por dois elementos da equipa de Intervenção Directa, definidos em reunião mediante a informação disponível.

Faz-se o levantamento das necessidades da família e a informação é discutida na reunião mensal do grupo de trabalho.

Plano Individual de Intervenção

- Um Plano por cada família;

Um responsável de caso (indicado dentro da Equipa de Intervenção Directa) que acompanhara com a família a execução do respectivo Plano de Individual de Intervenção.

Avaliação Diagnostica das Crianças/Famílias da Intervenção Precoce do Seixal

A 12 de Novembro de 2010 estavam 25 crianças referenciadas para a Intervenção Precoce (18 crianças do sexo masculino e 7 do sexo feminino), com idades compreendidas entre 1ano de idade e os 5anos de idade.

Destas, 6 foram sinalizadas pelo centro de saúde; 9 pelo Hospital Garcia D´Orta; 6 a nível educativo; zero pela Segurança Social; 1 pela Família e 1 por Outros. Há duas que não foram sinalizadas, mas pelo risco grave de atraso de desenvolvimento iniciaram apoio educativo.

Vinte destas crianças tem risco de alterações nas funções e estruturas do corpo, e cinco tem risco grave de atraso de desenvolvimento.

Especificamente estão identificadas três crianças com problemas a nível cognitivo, a nível da linguagem sete crianças, quatro crianças apresentam problemas neuromusculoesqueléticos, duas crianças com multidificiências e quatro crianças tem

problemas psicossociais globais. Existem 5 crianças sem nenhuma problemática levantada, mas pelo tipo de risco (Dec. Lei 281/2009, actuação conjunta dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação), tem acompanhamento.

A nível do local de apoio onde as crianças/famílias são assistidas cinco tem acompanhamento no domicílio, dezassete em creches/instituições e três ainda não tem local de apoio definido.

Em relação ao tipo de apoio vinte e três das crianças tem apoio educativo, seis são acompanhadas pela terapia da fala e duas pela terapia ocupacional. Uma das crianças tem apoio educativo e do psicólogo; outra tem apoio educativo, da terapia ocupacional e dos serviços sociais; uma terceira tem apoio educativo, da terapia da fala e do psicólogo; e uma quarta com apoio educativo, terapia da fala e hipoterapia.

APÊNDICE 4

Projecto de Intervenção Criança/Família – Equipa de Intervenção Precoce

F.N.T.R.A

Data de Nascimento: 16/05/2008; Bebê de 31 meses do sexo feminino, raça negra.

Mãe – 40 anos, "governanta" (empregada doméstica num hotel), sem referência a doenças.; Pai – 40 anos, electricista; Irmãos – sexo masculino 12 e 7 anos e irmã por parte do pai com 30 meses.

História Clínica: Gravidez vigiada desde as 13 semanas no Centro Saúde da Amora (total 7 consultas). Ecografia fetal as 15, 27 e 36 semanas consideradas normais. Proposta de Amniocentese por idade materna mas não foi efectuada por Idade Gestacional avançada (sic)

Cesariana por apresentação pélvica. Índice Apgar: 9/10. Peso ao nascer: 3480g. Constatado mielomeningocelo lombo-sagrado extenso e roto.

Mielomeningocelo – operado período perinatal e hidrocefalia com colocação de drenagem ventrículo peritoneal;

Malformação chiari II – operada em Julho de 2009

Metatarsus adductus e rotação interna da perna esquerda – seguida na consulta de ortopedia infantil

Displasia da anca – fez correcção com calção de abdução actualmente a usar botas *denis brown* e botas para correcção deformidade pé.

Seguimento: consulta Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) do Hospital Garcia D'Orta; consulta de Spina Bífida; Terapia ocupacional 1x semana (CDC) e mais 3 vezes a nível particular num centro de fisioterapia perto de casa; Apoio Educativo 1x semana. Frequenta Centro de Assistência da Paroquia da Amora (CAPA) este ano lectivo 2010/2011.

Apoio Familiar: vive com a mãe e irmãos de 12 anos e 7 anos. Pai saiu de casa e tem outra família e uma filha da mesma idade da F.. Mãe suporta a família financeiramente, não tem substitutos/apoio para cuidar dos filhos.

Segundo a avaliação efectuada* através de um teste de desenvolvimento adaptado de "Schedule of Growing Skills II" foram obtidos os seguintes itens:

Actividade e Participação

A F. não revela problemas a nível de ouvir, ver ou imitar, no entanto no aprender através da interacção com os objectos, tem por vezes alguma dificuldade, uma vez que não consegue, ter os objectos perto de si, e necessita, de ter sempre a supervisão do adulto, muitas vezes para fazer o jogo simbólico, pede aos amigos, para lhe fazerem as acções ou trazerem os brinquedos.

Da mesma forma é difícil para a F., adquirir informação porque se encontra muitas vezes, sentada, fora do centro das acções.

No entanto a criança, é curiosa, e desloca-se á sua maneira, demorando mais tempo, mas chegando onde quer...se não for a andar ela gatinha, no andar utiliza sempre um ponto de apoio, ou a mão do adulto. Gosta de estar entre os pares e vai conquistando o seu espaço e fazendo aprendizagens próprias para a sua faixa etária.

Ao nível da concentração da atenção, ela distrai-se com alguma facilidade, sobretudo quando a actividade não é do seu agrado, ou tem dificuldade em concretizar a mesma, como uma tarefa única.

Ao nível da comunicação, a F. não apresenta grandes dificuldades, pois já tem algum vocabulário e gosta de manter uma conversa á sua maneira.

Gosta de ouvir musica, de se balançar, fazer a mímica das músicas, mas, não diz ainda as frases de todas das canções infantis mais utilizadas na sala.

Ao nível da mobilidade, a sua maior limitação é manter a posição do corpo na vertical, só o faz com apoio, tem no entanto movimento pedal, no entanto por vezes esquece-se , precisando de ser recordada.

Para levantar e transportar objectos, ela faz, o apanhar do chão sem necessidade de se sentar, no entanto precisa de sentir confiança no apoio para efectuar a acção.

Ao nível da motricidade fina da mão, faz desenhos com algum movimento circular, pega no lápis em prensa e ainda tem alguma limitação na coordenação braço/mão.

*avaliação que consta do Relatório Técnico Pedagógico, elaborado pela Docente Especializada

Nas Interações interpessoais básicas, a F., gosta de estar entre os pares, brincar ao lado e vai fazendo tentativas para interagir com os amigos, nas brincadeiras.

Avaliação através de Observação Directa

A F. é uma menina de 31 meses, a data do primeiro contacto, dia 10 de Janeiro de 2011.

Criança com desenvolvimento estatístico ponderal adequado para a idade.

Na sala onde está inserida na CAPA com crianças da mesma idade o que distingue a F. dos colegas é a sua mobilidade limitada e a utilização de aparelho adaptado as botas que lhe proporciona um melhor equilíbrio e apoio à locomoção.

Higiene cuidada, cabelo com trancinhas, roupa apropriada para a estação do ano e de tamanho adequado, limpa.

Usa penso ocular unilateral que mãe vai alternando diariamente, uma vez que a F. tem estrabismo.

Usa fralda e faz terapêutica específica devido à sua patologia, sendo que não apresenta controlo total de esfíncteres.

À entrada da educadora do ensino especial na sala, acompanhada por mim, sorri, chama pelo nome a educadora.

Criança bem disposta com sorriso fácil. Nos contactos que tive com ela chama-me pelo nome, não me evita, inclui-me nas actividades que faz com a educadora.

A nível da comunicação já tem vocabulário diversificado, no entanto ainda tem alguma dificuldade em memorizar as canções cantadas na sala, mas sabe a mímica das músicas que acompanha com prazer balançando-se.

Apresenta estratégias de mobilidade como deslocar-se sentada com apoio das mãos, apoiando-se nos adultos e objectos e levanta-se sozinha apoiando-se em mobiliário bastando para isso sentir confiança no apoio. Recorre à ajuda dos colegas para lhe trazerem objectos que estão longe do seu alcance.

A nível de desenvolvimento cognitivo tem alguma dificuldade em integrar ou dar significado ao que lhe é pedido, parecendo por vezes não compreender algumas

actividades, no entanto através da imitação consegue atingir os objectivos traçados pela educadora. Sendo que semanalmente se vê evolução utilizando a mesma actividade.

Precisa de ser estimulada várias vezes, uma vez que se abstrai com facilidade ficando a observar o que os colegas estão a fazer enquanto ela esta com a educadora do ensino especial, e algumas vezes não responde ao que lhe é pedido ou não interage sendo necessário chama-la varias vezes ate obter a sua atenção de volta.

Dos contactos que tive com a F., pareceu-me que as relações interactivas com os pares são limitadas e sem grande significado, dirigindo-se a estes para lhe facilitarem objectos difíceis para si de alcançar. Mas também não me parece evitar o contacto, participando nas actividades de grupo com prazer.

Proposta de Intervenção:

- Avaliar recursos da comunidade:
 - Informar a mãe da existência e missão da associação de “Spina Bífida”, fornecer contactos e disponibilizar acompanhamento, se assim o desejar;
 - Criar rede social de suporte para perceber se existem pessoas susceptíveis de dar ajuda, apoio efectivo e duradouro, permitindo-lhe encontrar soluções para a mãe puder usufruir de momentos seus e deixar as crianças em segurança;
 - Disponibilizar apoio psicoterapêutico à mãe e irmãos, se necessário;
 - Atender as diferenças culturais da família, e como estas poderão intervir nos contactos quotidianos.
- Avaliar envolvimento emocional:
 - Da mãe com a F. (disponibilidade emocional);
 - Dos irmãos com a F. (protectores, implicados no desenvolvimento da irmã, qualidade da relação, como lidam com os internamentos e as particularidades);
- Avaliar envolvimento físico/presencial e emocional do pai (com o conhecimento da mãe);
- Avaliar relacionamento entre os pais (se a mãe vê o pai como seu possível substituto (ajuda/apoio), se há processos judiciais, se há conflitos;
- Utilizar escala de avaliação global do relacionamento pais-criança (PIRGAS que consta do DC: 0-3R)
- Avaliar o ambiente no domicílio, quem estimula a F., como estimulam, quando estimulam, se tem objectivo a estimulação e qual.
- Fornecer informações à equipa de Intervenção Precoce e em parceria introduzir estes dados complementares no Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) e actuar de acordo com estas.

APÊNDICE 5

Norma Estruturante das Actividades do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, inserido na Equipa de Intervenção Precoce do Centro de Saúde da Amora

Norma Estruturante das Actividades do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, inserido na equipa de Intervenção Precoce do Centro de Saúde da Amora

1. Avaliar todas as segundas feiras, conjuntamente com a enf.^a responsável pela Saúde Infantil, as fichas de risco* recebidas na semana anterior, de modo a priorizar e definir âmbito da intervenção;
2. Estabelecer contacto telefónico com todas as famílias identificadas para possível intervenção do enf.^o especialista de saúde mental, com o objectivo de se apresentar, confirmar marcação de primeira consulta de saúde infantil, mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e oferecer-se para fazer visita domiciliária se os cuidadores o entenderem como uma mais valia e o permitirem;
3. Acompanhar as famílias sinalizadas na vinda ao centro de saúde, durante a consulta de enfermagem de saúde infantil.
4. Visitação domiciliária as famílias com crianças sinalizadas, com o objectivo de:
 - Avaliar factores protectores/promotores de saúde mental para a família/criança (existência de suporte familiar, pais com actividade profissional gratificante, possibilidade de momentos exclusivos ao casal, mãe com possibilidade de momentos seus...)
 - Avaliar factores predisponentes de perturbação mental (antecedentes dos pais, historia familiar, pouco investimento parental, família mono parental, dificuldades financeiras...)
5. Recorrer a instrumentos de avaliação, validados para Portugal, que sustentem o seu diagnostico enquanto eesmp.

*A ficha de risco é preenchida pela UCIN do HGO para as crianças da área (Almada, Seixal e Sesimbra) pelos seguintes critérios: idade gestacional inferior as 33semanas, peso ao nascer inferior a 1750g., ventilação por mais de 24h, sepsis neonatal/enterocolite necrosante/meningite neonatal, necessidade de nutrição parentérica, asfixia neonatal (índice apgar inferior a 6 aos 5min), convulsão neonatal/acidente vascular cerebral neonatal, exsanguineo transfusão, cirurgia neonatal major. Avalia o risco biológico durante a gravidez, o parto, o período neonatal, o meio familiar e o contexto económico e os problemas da criança. É uma avaliação qualitativa.

6. Activar recursos da comunidade a nível da saúde mental: centro de desenvolvimento do hospital Garcia de Orta, grupos de apoio específicos da problemática, equipa de intervenção precoce, UPI...
7. Manter actualizado o guia de recursos da comunidade;
8. Participar nas reuniões mensais da equipa de intervenção directa e dar o seu contributo para as crianças/famílias;
9. Intervir junto das educadora: prestar auxílio nas dificuldades, criar em parceria estratégias de empoderamento dos pais e criança na promoção da saúde mental;
10. Prestar intervenção psicoterapêutica individual e/ou familiar, conforme necessidades;
11. Dinamizar supervisão de outras equipas de Intervenção Precoce.

APÊNDICE 6

Diário de Actividades

ÍNDICE

1- DIÁRIO DE ACTIVIDADES

1.1- Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia	77
1.2- Unidade da Primeira Infância do Hospital D. Estefânia	80
1.3- Centro de Saúde da Amora - Equipa de Intervenção Precoce	85

2-REGISTOS DE INTERACÇÃO

Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia

2.1- 1º Registo de Interacção:	89
2.2- 2º Registo de Interacção	92

3- REGISTOS DE INTERACÇÃO E OBSERVAÇÃO

Unidade da Primeira Infância do Hospital D. Estefânia

3.1- 1º Registo de Interacção	97
3.2- 2º Registo de Interacção	98
3.3- 1º Registo de Observação	100
3.4- 2º Registo de Observação	102

1- DIÁRIO DE ACTIVIDADES

1.1- Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia

- 18 de Outubro de 2010

Assistiu a Reunião Clínica.

- 20 de Outubro de 2010

8 Jovens internados.

Não houve Reunião Comunitária.

Actividades desenvolvidas pela equipa em que participou: puzzle com a C., assistiu a filme “Avatar”, no final por instabilidade de um dos jovens não foi possível discussão. Jogos ao ar livre.

- 26 de Outubro de 2010

8 Jovens internados.

Actividades desenvolvidas pela equipa em que participou: dia de culinária, jogos ao ar livre.

- 27 de Outubro de 2010

7 Jovens internados.

Mediação de visitas. Depois do jantar os jovens estavam cansados, pelo que não quiseram participar em nenhuma actividade proposta.

- 28 de Outubro de 2010

7 Jovens internados.

Jogou à bola com 2 dos jovens. Mais concentrados, capazes de interagir entre eles. Assistiu a entrevista inicial a familiar de uma jovem que foi internada nesse dia.

- 31 de Outubro de 2010

8 Jovens internados.

Mediação de visitas.

- 3 de Novembro de 2010

6 Jovens internados.

Mediou relacionamento entre dois dos jovens internados.

Participou em actividade planeada pelos enfermeiros do serviço com o intuito de integrar novo jovem no grupo.

- 6 de Novembro de 2010

7 Jovens internados.

Jogou à bola com dois dos jovens. J. esteve tranquilo, o formando abordou a questão do pai, e o J. falou sobre o receio que tem do colega de quarto. Ficou inquieto pediu para ir para o “quarto dos colchões”. O aluno fez gestão de agressividade com o jovem.

Realizado registo de interacção (p. 89)

- 7 de Novembro de 2010.

7 Jovens internados.

Mediação de visitas.

- 8 de Novembro de 2010

7 Jovens internados.

Reunião com os jovens para planear as actividades da semana.

Participação nas actividades planeadas pela terapeuta ocupacional, nomeadamente nos preparativos para as decorações de natal.

- 10 de Novembro de 2010

8 Jovens internados.

Mediação de visitas.

- 13 de Novembro de 2010

Actividade com o grupo “Jogo de Imagens” com o objectivo de verbalização de sentimentos.

- 15 de Novembro de 2010

Reunião do grupo da Pedopsiquiatria com os Professores orientadores.

- 17 de Novembro de 2010

10 Jovens internados.

Mediação de visitas e participação em actividade de grupo com o objectivo de favorecer a coesão.

- 18 de Novembro de 2010

10 Jovens internados.

Actividade de relaxamento com dois dos jovens internados.

- 20 de Novembro de 2010

10 Jovens internados.

Mediação de visitas.

- 22 de Novembro de 2010

10 Jovens internados.

T. regressou de licença de ensaio, humor deprimido, o formando esteve em sessão psicoterapêutica com o intuito de a levar a expressar emoções.

Realizado registo de interacção (p. 92)

- 24 de Novembro de 2010

8 Jovens internados.

Ajudou os jovens a terminarem os projectos iniciados com a terapeuta ocupacional para o natal.

- 27 de Novembro de 2010

8 Jovens internados.

Mediação de visitas.

- 29 de Novembro de 2010

10 Jovens internados.

Mediação de visitas e planeamento de sessão do âmbito cognitivo.

- 30 de Novembro de 2010

10 Jovens internados.

Continuação de planeamento de sessão.

- 13 de Janeiro de 2011

Realização de sessão do âmbito cognitivo no internamento de pedopsiquiatria com os jovens intitulada “**Troca de Papéis**” . Objectivo: que os jovens identifiquem e expressem as suas preocupações/problemas e visualizem novas perspectivas de resolução destes.

1.2- Unidade da Primeira Infância do Hospital D. Estefânia

- 2 de Novembro de 2010 – Apresentação do projecto à Enfermeira orientadora.
Ideias para o projecto: quem é a equipa de intervenção precoce, qual a necessidade de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, visita domiciliária.

- 6 de Dezembro de 2010 – observadora numa 1ª consulta
J. R. F 33 meses (sexo masculino)

Explicar sequência das consultas (enfermeiro – médico)

Oferecer brinquedos/observar a criança com os objectos

- ✓ Pais preocupados com a gaguez;
- ✓ Comportamento adequado para a idade. Benigno (gaguez é considerada a partir dos 4 anos);
- ✓ Estabelecer estratégias a nível da respiração, ex. Natação, instrumentos de sopro (flauta, harmónica), usar música para verbalizar, assoprar papel, bolinhas de sabão;
- ✓ Mãe ansiosa, parece “contida”. Historia familiar de depressão na linha materna (mãe e irmã), mãe com depressão diagnosticada em Janeiro 2010. Fez psicoterapia que abandonou em Setembro (por entender que já estava bem e por motivos financeiros). Irmão suicidou-se em 1992 com 25 anos (mãe tinha na altura 15 anos). Pai faleceu acidente de trabalho em 1997 com 57 anos;
- ✓ Mãe não pediu ajuda na consulta e não associa ao problema do J.;
- ✓ Pai adequado, tranquilo com a situação, parece preocupado com a mãe.

- 9 de Dezembro de 2010 – observadora numa 1ª consulta

D. 33 meses (sexo masculino)

Diagnostico (autismo?) – encaminhado pelo Hospital da Luz, seguido em Santa Maria pela terapia ocupacional. Intervenção precoce a nível educativo e apoio psicológico particular.

- ✓ Há 3 meses no infantário (desde os 6 meses com a ama);
- ✓ Triste, reage mal á intromissão do outro na brincadeira (não tem comportamento agressivo). Mãe refere que com os pares gosta de ver mas não interage. Brinca sobretudo com carros e ao nível do olhar, fecha um

olho para fixar (?). Mostra entusiasmo quando o pedopsiquiatra utiliza as bolinhas de sabão;

- ✓ Gosta de andar descalço (porta de entrada);
- ✓ Procura a mãe para consolo;
- ✓ Mãe fácies triste. É enfermeira trabalha em roulement, tem apoio avó materna. Durante a consulta não foi muito abordado o pai, mãe apenas falou no singular;
- ✓ Final da consulta mais gutural mais animado.

Diagnostico: Perturbação do Humor (deprimido)

Intervenção: actividades que dêem satisfação, melhorar o humor (a psicóloga que o segue veio a acompanhar). Volta a 9 de Fevereiro.

Reflexão: incluir brincadeira da preferência da criança (aproximação) “estar ao mesmo nível” interagir. Ver como lida com a contrariedade, retirar-lhe o brinquedo. Perceber se há alguma porta de entrada e usa-la, experimentar reacções. Observar se procura mãe/pai, qual a figura de suporte quando contrariado se fica triste (chora) vs zangado (agressividade física?). Ao perceber o possível sentimento da criança verbaliza-lo (O ... esta triste) ver como reage, fica calmo, agitado.

A nível pessoal senti fadiga psicológica. A “brincadeira” não é fácil porque tem objectivo terapêutico. Lidar com as reacções dos pais quando estamos a “provocar” o filho. Lidar com o choro da criança/agressividade física, no caso do choro apetece dar colo e deixar de provocar.

- 13 de Dezembro de 2010

Observadora em duas consultas de enfermagem de 1ª vez apenas com os cuidadores.

- 15 de Dezembro de 2010

Reunião Inter-equipas intitulada: *Gestão da actividade assistencial equipa da Lapa*

- ✓ PCS – priority criteria score- não validada para Portugal;
- ✓ SDQ (rastreio);
- ✓ GARF;
- ✓ 2010 houve um aumento significativo da problemáticas associadas a parentalidade.

- 17 de Dezembro de 2010

Orientação de projecto com a Professora orientadora.

- 7 de Janeiro de 2011

Reunião de Interacção

- ✓ Comissão Nacional de Saúde Mental – folhetos para pais;
- ✓ Reunião de leitura 28 Janeiro (*Retraimento social no bebé*);
- ✓ Notas para registo interacção – data, idade da criança, quem esteve presente na sala, reacção pais/filho. Não escrever as nossas interpretações, apenas registar o que se vê (ex. A criança não brinca ela agarra no objecto, leva o boneco à boca). O que o observador sentiu (confortável vs desconfortável). O que é que a criança faz: olha (jogos de olhar), mudanças posturais perante os temas de conversa (criança e pais). O observador é passivo, não interage. Quando não há sinais de angústia/reacção pela separação o observador deve tomar iniciativa de se aproximar da criança e perguntar pelos pais.

- 12 de Janeiro de 2011

Orientação de projecto – reunião grupo pedopsiquiatria com os Professores orientadores.

- 14 de Janeiro de 2011

Avaliação com a orientadora pedagógica.

Marcada reunião no Centro de Saúde da Amora para dia 18 Janeiro.

- 18 de Janeiro de 2011

Adiada reunião na Amora por indisponibilidade da orientadora.

1ª Consulta gémeos de 30 meses (M.e T.)

- 20 de Janeiro de 2011

1ª Consulta de gémeos de 21 meses (A. E P.)

Realizado Registo de Interacção (p. 97) do P., médico estagiário fez do A.

Planear projecto de Intervenção

- 21 de Janeiro de 2011

Assistiu a reunião de interacção.

Assistiu a consulta de enfermagem.

Agendada reunião na Amora para dia 25 de Janeiro.

- 25 de Janeiro de 2011

Adiada reunião na Amora por indisponibilidade da orientadora.

Consulta de 1ª vez.

M. 27meses

Autismo (?) com Intervenção Precoces há 2meses com Terapia Ocupacional 1xsemana e apoio educativo 2xsemana

Realizado Registo de Observação (p. 100) – Ideias: investir em estimulação sensorial, interacção sub-regulada, não ter preocupação em ensinar, perceber como se envolve na brincadeira, mantê-lo em interacção, dar oportunidade de tomar iniciativa, não deixá-lo brincar sozinho, desenvolver a vontade para comunicar, melhorar o humor.

O formando observou a enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica em Intervenção Psicoterapêutica com o D. (menino com perturbação da relação e da comunicação).

- 27 de Janeiro de 2011

Consulta de 1ª vez.

M. 8meses

Motivo de consulta: perturbação do sono

Realizado Registo de Interação (p. 98)

Assistiu a Intervenção Psicoterapêutica da enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica com uma puérpera com depressão pós parto

- 28 de Janeiro de 2011

Reunião de Leitura

Tema: *Retraimento social do bebé* – manifestações de autismo no 1ºano de vida (2005)

- Estudo longitudinal;
- Amostra de 65 crianças com irmãos com autismo diagnosticado (150 crianças no total);
- Recurso a observação dos vídeos caseiros: Contacto visual atípico, capacidade de descentrar-se do visual, orientação ao nome, orientação dos

comportamentos, latência visual alargada, marcada passividade, reacções extremas ao stress, atraso da linguagem, anormal neurodesenvolvimento, reduzida orientação para as faces;

➤ Conclusões: As crianças que vem a desenvolver autismo tem dificuldade em aceitar 2 estímulos em simultâneo e em se desfocalizarem. Aos 12 meses já se encontram sinais.

Assistiu a uma consulta de enfermagem.

- 1 de Fevereiro de 2011

Consulta de 1ª vez.

F. 30 meses

Motivo da consulta: “Birra” difícil de acalmar, bate com a cabeça no chão.

Realizado Registo de Observação (p. 102)

- 2 de Fevereiro de 2011

Orientação de projecto com a Professora orientadora.

- 7 de Fevereiro de 2011

Assistiu a consulta de 1ª vez.

R. 4 anos e 3 meses (institucionalizado)

Motivo da consulta: Dificuldade em dormir. Veio acompanhado pela psicóloga da instituição.

Da observação menino bem disposto, reage bem à intromissão, tem jogo simbólico adequado à idade. Foi medicado.

Assistiu a Intervenção Psicoterapêutica da enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica a menina D. (4 anos) que apresenta Humor deprimido.

- 9 de Fevereiro de 2011

Assistiu a Reunião de Orientação de Casos

M.L 4 anos e 6 meses – Mutismo e ansiedade social

Tópicos: parece haver pouca empatia dos pais para com a criança; pais parecem perdidos e desamparados, não se sente ressonância afectiva.

- 10 de Fevereiro de 2011

Avaliação com a Professora orientadora e a Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica da Unidade da Primeira Infância.

1.3- Centro de Saúde da Amora – Equipa de Intervenção Precoce

- 22 de Outubro de 2010

Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, que seria responsável pela orientação do estágio, saiu do centro de saúde. Enfermeira que ficou a substituir o colega desconhecia a vinda do formando. O formando deixou o projecto e combinou voltar dia 12 de Novembro.

- 12 de Novembro de 2010

Apresentou o projecto à enfermeira especialista de saúde infantil e pediátrica, responsável pela Intervenção Precoce. Pontos-chave a abordar: necessidade de especialista em Saúde mental na equipa de Intervenção Precoce, qual o contributo que este pode dar, que intervenção terapêutica (autonomia da família, escolha de uma família), com a orientação da enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica da Unidade da Primeira Infância.

A colega vai propor a presença do formando à equipa de Intervenção Precoce na reunião de dia 10 de Dezembro para apresentar o projecto.

- 10 de Dezembro de 2010

A equipa não considerou necessária a presença do formando na reunião, psicóloga responsável ficou com o projecto. No entanto, o aluno reuniu-se com a enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica para abordar aspectos operacionais: possibilidade de visita domiciliar, família com internamento na neonatologia, critérios de inclusão na intervenção precoce, qual o contributo da ficha de risco.

- 3 de Janeiro de 2011

Apresentação formal do projecto à pediatria do desenvolvimento do Centro de Saúde da Amora.

Participação na Reunião Alargada de Parceiros – foi atribuída uma família ao aluno.

- 5 de Janeiro de 2011

Reunião com a responsável de caso – docente do ensino especial – fez uma apresentação da criança/família, trocaram-se ideias, uma vez que foi uma família que teve um internamento prolongado na neonatologia. Ficou combinado que

acompanharia a educadora todas as segundas feiras altura em que esta tem a sua intervenção com a criança (início dia 10 de Janeiro).

O aluno fez caracterização da Intervenção Precoce do Seixal.

- 10 de Janeiro de 2011

O formando apresentou-se a mãe da criança neste seu novo papel e explicou-lhe que iria estar com a menina na presença da educadora todas as segundas feiras. Apresentou-se à criança e à educadora da sua sala.

O aluno ficou inicialmente no papel de observador enquanto a educadora tinha a sua intervenção, quando a criança abordou o formando, este ajudou-a no jogo simbólico (*maternage* com recurso a boneco).

- 17 de Janeiro de 2011

Esteve no Centro de Assistência Paroquial da Amora (CAPA) com a educadora e a menina – recurso a puzzle com texturas (associação de ideias, concentração) e treino da motricidade fina (recurso a peças de madeira e atacador).

Adiada reunião de dia 18, por motivos pessoais da orientadora.

- 24 de Janeiro de 2011

Esteve na CAPA com a educadora e a criança – continuação de treino de motricidade fina. A menina parecia cansada pelo que não foi realizada mais nenhuma actividade. O formando falou com a educadora da sua intenção de apenas, fazer um projecto de como iria intervir se fizesse parte da equipa, sem ter intervenção directa.

Agendada reunião entre a enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica da Unidade da Primeira Infância com a enfermeira especialista de saúde infantil e pediátrica do Centro de Saúde da Amora.

O aluno falou da sua intenção de fazer apenas um projecto sem intervenção e da necessidade de um **guia de recursos da comunidade** para o Centro de Saúde, a Enfermeira especialista de saúde infantil e pediátrica da Amora diz ser uma mais valia pelo que este será incluído no relatório.

- 28 de Janeiro de 2011

Após conversa com a enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica da Unidade da Primeira Infância, o aluno decidiu, que por motivos éticos, nomeadamente para protecção da criança, uma vez que corria o risco de ela se apegar, iria deixar de

acompanhar a educadora na sua intervenção com a criança. O formando estabeleceu contacto telefónico com a educadora a informá-la e a explicar os motivos. Combinou-se que no final do estágio dar-se-ia o feedback à equipa de Intervenção Precoce do trabalho do aluno.

- 3 de Fevereiro de 2011

Reunião de avaliação com as enfermeiras orientadoras do Centro de Saúde da Amora e da Unidade da Primeira Infância.

2-REGISTOS DE INTERACÇÃO

Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia

2.1- 1º Registo de Interacção

Data: 6 de Novembro de 2010

Tendo em conta o objectivo a que se propôs para o Internamento de Pedopsiquiatria, o registo de interacção que irá descrever, visava avaliar a importância da Vinculação no Sofrimento Mental do jovem.

O J.M. tem 12 anos de idade foi um internamento programado, vinha acompanhado pela mãe e avó materna. Dificuldade de separação da mãe.

O motivo deste internamento é Alteração de Comportamentos (casa e escola): com comportamentos desinibidos (apalpa a mãe), baixa tolerância à frustração, comportamentos de exibicionismo na escola, heteroagressividade física e verbal, comportamentos de oposição muito acentuados.

Antecedentes pessoais: aos 3anos de idade os pais separaram-se, pai passou a ligar-lhe pouco, tem estado várias vezes detido por consumo e tráfico. Actualmente na prisão. Visita regularmente os avós paternos.

Seguido desde os 4anos de idade por agitação psicomotora intensa.

Vive com a mãe e o padrasto. Dorme com a mãe desde Janeiro de 2010 (padrasto a trabalhar no exterior).

Após ter estabelecido uma relação de empatia com o J., em que ele já procurava o formando para realizar com ele actividades e mesmo em momentos de raiva/angustia em que lhe pedia para o acompanhar ao “quarto dos colchões” (quarto almofadado onde os jovens podem exprimir fisicamente a raiva/angustia, tendo depois oportunidade de falar com o enfermeiro sobre o motivo que despoletou a agressividade física), o aluno resolveu falar com o J. em relação ao pai.

O J. tinha pedido ao estagiário para ir com ele ao “Espaço Descobertas” jogar com à bola, uma vez que os outros jovens estavam a receber as suas visitas e ele não iria ter visitas nesse dia, por a família não viver em Lisboa e ser véspera de ir de Licença de Ensaio. Começaram a jogar, e no decorrer do jogo o formando foi perguntando ao J. o

que estava a planear fazer nos dias que ia estar em casa, o que queria comer, com quem é que iria estar, da importância de não estar o tempo todo ao computador para poder conviver com a mãe e os avós, da importância de fazer a medicação, e ter comportamentos adequados durante a Licença para depois poder ter alta, e fazendo-o chegar à conclusão de que a alta dependia única e exclusivamente dos actos dele. No seguimento disto perguntou-lhe “e então e o teu pai J.?as vezes estas com ele?” ao que o J. respondeu “não” “e tens saudades dele?” “não” “e gostavas de o ver?” “não sei...podemos ir para dentro?”. O aluno entendeu isto como o fim da conversa para o J.

O J. voltou para a sala de convívio e esteve com comportamento adequado, aparentemente bem disposto. Com esta atitude o formando ficou mais tranquilo a pensar que não o tinha desorganizado, que por ele se demonstrar indiferente e bem disposto, a conversa não o tinha afectado e já estava a tirar conclusões de que o facto do pouco contacto que o J. tinha com o pai poderia não estar directamente relacionado com a Perturbação da Vinculação. Ao jantar o J. começa a ficar agressivo verbalmente, recusa comer, levanta-se da mesa sistematicamente, e é necessário retirá-lo da sala de convívio e leva-lo para o “quarto dos colchões”. O J. pediu que fosse o aluno a acompanhá-lo, o que lhe foi recusado pelo enfermeiro, apesar de este se ter oferecido prontamente, esta recusa fez com que o jovem ficasse visivelmente mais agitado e agressivo, física e verbalmente. O enfermeiro levou-o para o quarto.

Esta situação deixou o formando angustiado. Primeiro porque o J. pediu especificamente para ser este a acompanhá-lo, e não estava a perceber a atitude do enfermeiro em não deixar o aluno estar ao menos presente, uma vez que no turno anterior já lhe tinha sido permitido ir e este tinha conseguido dar resposta. Depois, porque achava que tinha sido a conversa por si iniciada, que tinha despoletado aquela desorganização, e o facto do jovem querer a presença do formando e não de outro enfermeiro, podia fazer a diferença para o tentar organizar.

Quando o enfermeiro voltou referiu que lhe tinha administrado o s.o.s, o J. sentou-se na sala de convívio ainda em atitude de provocação para com os outros jovens.

O aluno questionou o enfermeiro do porque de não o ter deixado acompanhar o J., ao que este respondeu que os jovens esperam que os profissionais lhes dêem resposta ao

que despoletou a agressividade e os levem a falar sobre isso, quando vão para o “quarto dos colchões” e que achava que o formando ainda não conseguia fazer isso, que não era nada pessoal, mas que era para ajudar o J., que ele tinha ficado assim por causa da Licença de Ensaio, e de saber que se não se portasse bem em casa não teria alta, e que isto dependia exclusivamente dele.

O estagiário respondeu ao colega que tudo bem, que compreendia a sua decisão.

Quando o aluno ia a conduzir para casa, e ao rever o turno, ficou bastante irritado com a sua falta de resposta ao enfermeiro. Porque é que não lhe disse que na véspera tinha estado numa situação idêntica com o J. e tinha dado resposta? Porque é que não lhe disse que a situação o tinha incomodado, uma vez que o J. estava a pedir para ser este e não outra pessoa a acompanhá-lo? Se ele tinha pedido era porque sentia confiança no estagiário e achava que o podia ajudar.

Não se culpabilizou por ter despoletado a agressividade do J., porque ao ser devido à Licença de Ensaio era algo que ele tinha de enfrentar e era preferível ver-se confrontado com isto no internamento do que em casa.

Ao avaliar a situação o formando entende que o facto de estar num ambiente desconhecido, não trabalhar na área, fê-lo sentir que os enfermeiros daquele serviço o vêem como um futuro especialista que percebe muito menos daquilo que eles, que até são profissionais à menos tempo que este, mas que tem conhecimento prático que ele ali não tem. E isto incomoda-o. Porque é o que ele sente em relação a futuros especialistas de saúde infantil que vão estagiar para o seu serviço. Até pode ser apenas uma transposição pessoal que ele está a fazer do que sente quando se passa no seu contexto de trabalho e isto não passar de uma fantasia sua.

Precisou de tempo para relatar esta interacção uma vez que precisava de digerir e analisar estes sentimentos. Sabe que os outros até podem colocar em causa a sua opção de especialidade, mas ele sabe porque foi esta a sua opção e não se arrepende. Sabe que tem muito a aprender e que tem humildade para o admitir e pedir ajuda quando não se sente seguro. Se veio para esta área foi porque quer crescer como pessoa e profissional e não estagnar, como aconteceria, na sua perspectiva, se optasse por saúde infantil.

Aprendeu com esta situação que tem que se afirmar e acreditar nas suas capacidades, ate podia ter aceite a decisão do enfermeiro de não ir para o “quarto dos colchões” com o J., mas depois devia-lhe ter dito que se sentia capaz e a seu ver teria sido benéfico para o jovem.

Em relação à conversa com o jovem deveria ter colocado questões abertas, pelo que este será um ponto que terá de treinar.

2.2- 2º Registo de Interacção

Data: 22 de Novembro de 2010

Esta interacção não foi programada, pelo que não tinha um objectivo definido, mas pelas questões que surgiram, passasse a descrevê-la.

A T.P tem 17 anos de idade foi um internamento programado, vinha acompanhada pela mãe.

O motivo deste internamento é Alteração de Humor e de Ansiedade: depressividade, irritabilidade, episódios compatíveis com crises de pânico, pensamentos de morte (“ acabar com a vida por não aguentar mais”(sic), sem plano suicidário), comportamentos de auto-mutilação, desde há 1 mês.

Antecedentes pessoais: Até há 2 anos, vivia no Brasil com a avó materna e dois irmãos mais novos. Por alteração de comportamento, a que a avó não conseguia dar resposta, veio para Portugal. Mãe vive cá há 10 anos com actual companheiro e dois filhos deste (rapaz de 19 anos e rapariga de 16 anos). Pouco tempo após a sua chegada é-lhe diagnosticado Lúpus Eritematoso, tendo que ficar internada e em isolamento pela invasividade do tratamento.

Só conheceu o pai quando tinha 8 anos e desde então com poucos contactos.

As pessoas significativas são a mãe, a avó e as “tias” por parte do padrasto.

Desde Julho deixou de tomar a medicação (sertralina e quetiapina).

Esta jovem estava na sala de convívio, com o grupo, mas distante deste, cabisbaixa. Tinha dado entrada no final do último turno do estagiário, tinha-lhe sido apresentada nessa altura, mas não tinha tido oportunidade de interagir, nem de ler o processo clínico, apenas lhe tinha sido feito um resumo na passagem de turno.

O aluno abordou a jovem perguntando se ela se recordava de si e se se podia sentar ao seu lado. Disse que sim tendo estabelecido contacto visual nessa altura. Questionou-a sobre as actividades que tinham feito na manhã, tinha sido manicura e postais de natal. Elogiou as suas unhas e a T. esboçou um sorriso e agradeceu. Perguntou-lhe se gostava destas actividades de cuidar da aparência, ao que a T. lhe respondeu que estava farta de cremes e que lhe tinha custado muito ter de cortar o cabelo quando iniciou os tratamentos, estava visivelmente emocionada. Convidou-a a irem falar para o gabinete médico, assentiu, o estagiário puxou uma cadeira para junto da T., de modo a manter o contacto visual. Questionou-a sobre o internamento, o que estava a achar, se estava a corresponder as suas expectativas, uma vez que tinha sido um internamento programado com a jovem. A T. refere que é uma sensação estranha estar internada, mas que precisa, porque em casa não tem com quem falar e por isso quando quer libertar a raiva corta-se “pois o sangue leva a raiva” (sic).

O que é te leva a ter essa raiva T.? “ a minha angustia é ter esta doença aos 15 anos, uma doença crónica e que já me obrigou a passar por tanto”(sic)

Mas agora a doença esta controlada, porque é que achas que continuas a ter essa raiva dentro de ti? “Não sei, não tenho paciência para nada, não me apetece ir à escola, não me sinto bem e quando estou sozinha só me apetece chorar” (sic).

Chorar também é uma forma de libertares a angústia T. e o internamento serve para falares e tentarmos juntos encontrar os porquês da angústia, da raiva, estratégias para te ajudar “ Sim mas eu sou muito teimosa e vai ser difícil ajudarem-me e eu mudar. Sabe, eu deixei de tomar a medicação por estar muito zangada com a doença. Magoa-me. Isto é um castigo, que mal fiz eu para merecer isto?(...) eu não mereço.”(sic)

Ao reforço positivo desvaloriza, refere várias vezes que gostava de ser como dantes “normal” “ tenho de por creme para o sol antes de sair de casa, tenho de ter tempos definidos de repouso, não me posso stressar (...) os meus colegas podem beber e eu não, sei que isso não é tudo na vida, mas eles puderem e eu não (...) eu já sofri muito

(...) aos 8 anos tive de cuidar de um irmão e da minha avó, depois foi a mudança de país e agora isto”(sic).

E os amigos T.? Já fizeste cá amizades? “eu não tenho amigos, não gosto que tenham pena de mim”(sic).

O estagiário esteve a falar sobre estratégias de lidar com a doença e da forma de a definir face as pessoas que não estão informadas sobre a mesma. A jovem refere que o ambiente familiar é conflituoso, sente que o padrasto é intrusivo “ esta sempre a chatear, mas sabe que não me posso stressar” (sic) justifica “ porque é que acha que eu quis ser internada? Já não sabia como sair daquilo” (sic). Em relação à mãe refere que esta é “pouco cuidadora” (sic) “vocês vêm-na aqui, deviam era vê-la em casa” justificando que deixou de tomar a medicação durante algum tempo para comprovar isso mesmo.

Projecta para o futuro sair de casa e arranjar emprego, quer ser jurista. Quando interrogada se tem um plano B diz que quer ser advogada, e se não conseguir trabalhará em outra coisa qualquer.

No final da interacção recebeu telefonema da mãe que recusou.

Ao fazer uma análise deste momento terapêutico o aluno sente que esta mais à vontade do que inicialmente. A “entrevista” fluí-lhe mais naturalmente, os valores de *caring* da Watson foram princípios que sempre nortearam a sua prestação de cuidados o que torna mais acessível a relação com o outro, sabe quais são os aspectos que tem que melhorar, nomeadamente a expressão facial porque é muito transparente nas suas emoções, o que pode ser facilitador em algumas situações, mas noutras pode ser um entrave no estabelecimento da relação terapêutica. Não lhe incomoda o silêncio e usa-lo em momentos chave da relação tem-se tornado valioso, bem como o toque e o olhar que são fundamentais em determinados momentos.

O que o levou a descrever esta interacção foi a dificuldade que teve decorrente de um dos motivos de internamento desta jovem, a auto mutilação e os pensamentos de morte. No exercício das suas funções apenas teve contacto com uma tentativa de suicídio e foi em contexto de assistência num serviço de urgência geral, em que o utente deu entrada directamente para a reanimação, pelo que não houve relação terapêutica.

Não lhe incomoda a morte, mas incomoda-lhe que um jovem tente por termo à sua vida. É uma pessoa otimista e tenta ver sempre o lado positivo das situações, pelo que lhe é difícil conceber que se desista de viver em vez de tentar encontrar estratégias. Também acha que não é solução para todas as pessoas olharem para os problemas dos outros para perceberem que os seus são bem menores, até porque se os nossos nos dão sofrimento não devem ser menosprezados. Mas confessa que inicialmente, ao ouvir a passagem de ocorrências e o resumo da história desta jovem, a sua ideia pré concebida foi a de que era mais um adolescente a tentar chamar a atenção dos pais, e isto passa com o internamento e com as 2 horas diárias de visita dos familiares.

Estava enganado. Ao falar com a jovem constatou que ela sentia a falta da mãe e que tinha sido uma chamada de atenção, que ela recusar a chamada desta e de seguida ter aceite uma chamada de uma irmã do padrasto, estava a tentar incutir algum sofrimento à mãe, mas o que lhe sobressaiu foi o sofrimento e como a doença e a imagem corporal que tem, esta a restringir as suas vivências, a ideia de um futuro com uma doença crónica esta a limitar o seu relacionamento com os pares, e por muita maturidade que ela tenha nesta fase, que se nota no seu discurso e como se relaciona com os outros jovens, esta falta de convívio e de amizades poderá, no futuro, ser um *handicap* na sua vida.

Apesar de achar que tem uma mente aberta o estagiário, que entendia não fazer juízos de valor, confrontou-se com uma situação em que os fez e percebeu que estava errado e tinha sido precipitado, sobretudo porque ainda não tinha falado com a jovem.

.

3- REGISTOS DE INTERACÇÃO E OBSERVAÇÃO

Unidade da Primeira Infância do Hospital D. Estefânia

3.1- 1º Registo de Interacção

Data: 20 de Janeiro de 2011

Gémeo de 21 meses (P.)

Pessoas presentes: pedopsiquiatra, gémeos e os pais, estagiário de pedopsiquiatria e o estagiário enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Bebé gémeo, vem ambos os irmãos à consulta. Vestem camisolas de cores diferentes.

Raça caucasiana. Desenvolvimento estado-ponderal aparentemente adequado para a idade. Aspecto cuidado, veste camisola vermelha, calças e ténis.

Pais fácies tranquilo. Mãe aparência bastante cuidada, maquilhada, cabelo arranjado, usa brincos, anéis e pulseiras.

O P. Entra na sala pelo seu pé, seguido da mãe e do pai que trás o irmão ao colo, olha em volta da sala e deambula.

A mãe senta-se de frente para a secretária, do lado direito, o pai coloca a sua cadeira virada, de forma a observar as crianças.

Pai oferece uma bola ao P. E diz “Toma bebé” e ele agarra-a sem olhar o pai. Pai senta-se e o P. Aproxima-se, encosta-se as suas pernas em silêncio, sem olhar para o pai. Pai senta-o ao colo. O P. Mantém a bola na mão e vai-a rodando com ambas as mãos. Pai coloca-o no chão e vai falando com o pedopsiquiatra. O P. Mantém-se de pé junto ao pai. Vocaliza e encosta-se as pernas do pai, sem no entanto olhar para este. O pai volta a colocá-lo ao colo olhando para o filho, mas continuando a falar com o médico. Mãe mantém-se de frente para a secretária a falar com o pedopsiquiatra e não procura contacto visual com as crianças. P. Fica irrequieto no colo do pai, este olha o filho passa-lhe a mão pelo cabelo e coloca-o no chão. P. Vai deambulando pela sala, olhando para as prateleiras. Pai afasta a cadeira de maneira a manter o contacto visual com o P.. Pais vão respondendo a questões do médico.

O P. Senta-se no colchão, de seguida levanta-se e vai junto do lavatório, anda de volta do enfermeiro estagiário e do estagiário de pedopsiquiatria, não procura interacção, não fixa o olhar. Mãe chama-o pelo nome e ele olha na sua direcção, mas mantém-se junto ao cesto com brinquedos. Mãe continua a falar com o pedopsiquiatra.

Encontra cubo com roca que faz barulho e fica alguns minutos com o objecto nas mãos a olhar e a rodá-lo, usando ambas as mãos, sentado no colchão. Levanta-se larga o cubo e pega noutro, deambulando pela sala com este nas mãos, mas sempre próximo ao pai, sem no entanto procurar o olhar deste. Larga o cubo e pega na bola de ténis, vai junto do médico, mas não inicia interacção. Volta para junto do pai tocando-lhe com a bola. Pai olha para o P., tira-lhe a bola das mãos e atira-a ao ar, o P. Observa as mãos do pai, não segue a bola com o olhar.

Sai de junto do pai e senta-se no colchão. De imediato, começa a gatinhar e vai para perto do pai, bate com a cabeça na secretária, chora, não procura os pais. Pai pega-lhe ao colo e aconchega-o a si, continua a falar com o pedopsiquiatra. Mãe ri-se, e continua a falar com o médico. Pai levanta-se e vai buscar cubo que faz barulho, mantendo o P. Ao colo, balança-o e ele pára de chorar. Pai senta-se e coloca-o no chão de pé ficando a olhar para ele. O P. Mantém-se junto as pernas do pai, que volta a pô-lo ao colo. Vocaliza, mas não olha para o pai. Pai tenta coloca-lo no chão, mas ele agarra-se ao seu pescoço.

O pedopsiquiatra oferece-lhe uma bola que ele aceita e leva à boca, não olha directamente. O médico tira-lhe a bola, não se zanga. Sai do colo do pai e aproxima-se das pernas do pedopsiquiatra.

O enfermeiro estagiário no final da observação sente-se incomodado.

Parece-lhe uma criança muito sozinha, não habituada a conviver. Pai sempre atento e com um objecto pronto para lhes dar, mas com contactos físicos curtos. Mãe apenas tocou nas crianças durante a “situação estranha” quando voltou a entrar na sala e eles estavam a chorar, pegando-lhes ao colo por curto período.

3.2- 2º Registo de Interacção

Data: 27 de Janeiro de 2011

M. P. – 8meses

Pessoas presentes na sala: pedopsiquiatra, mãe, M. e estagiário enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Bebé de raça caucasiana, desenvolvimento estado-ponderal aparentemente acima do percentil de peso e altura, vem de pijama branco com corações cor-de-rosa, mãe ainda a transporta no “ovo”.

Mãe com fâcias cansado.

Mãe entra na sala com a M. ao colo, senta-se e coloca a bebé de frente para a secretária.

A pedopsiquiatra fala para a bebé, esta sorri. Dá-lhe caneta que ela agarra, tira-lhe a caneta e a M. segue a caneta com o olhar, continuando a sorrir.

Mãe pega num livro, que a médica previamente tinha colocado na mesa e dá-o a M. olhando para esta e dizendo “toma bebé”, a bebé pega no livro e atira-o ao chão, mãe apanha o livro enquanto continua a falar com a pedopsiquiatra, e volta a dá-lo a M. que o tenta atirar novamente ao chão. Mãe tira-lhe o livro e coloca-a de pé no seu colo virada para a frente, a bebé saltita e sorri, mãe senta-a e a M. tenta virar-se de modo a olhar a mãe, vocaliza, mãe aconchega-a, mas mantêm-na virada para a secretaria. Mãe pega numa caixa de música, previamente colocada na secretária pela médica e põe-la a tocar olhando para a bebé e sorrindo, continua a falar com a pedopsiquiatra.

A M. inicia auto-estimulação da saliva, fazendo balões com esta na boca. Toca o telemóvel da mãe, mãe atende e a bebé fica a olhar para a médica que imita uma aranha a andar na mesa, a M. segue o movimento com o olhar e sorri. Mãe desliga e continua a falar com a pedopsiquiatra, a M. vira-se para olhar para a mãe e sorri, mãe retribui o sorriso, e ela vocaliza.

Vira-se de frente para a secretária e começa a mexer nos pés, tenta virar-se novamente, mas não consegue, vocaliza e começa a choramingar. Mãe diz que a M. tem sono, levanta-se com ela ao colo virada para si, aconchega-a e vira-a para a janela. A bebé começa a chorar. Mãe senta-se com ela virada para a secretaria mantendo-a aconchegada a si, a M. pega no telemóvel da mãe que esta em cima da mesa, atira-o ao chão e chora.

Mãe volta a levantar-se com a bebé no colo virada para a frente. A M. pára de chorar. Mãe volta a sentar-se para lhe dar mama, posiciona-a para mamar e desaperta o casaco, olha para a bebé sorrindo e a M. começa a rir-se. Mãe diz “ está-se a rir porque já sabe” , a bebé pega na mama e coloca-a na boca, com um ar satisfeito. Mãe diz “ela apenas esta a fazer de chucha, daqui a nada adormece”. Mãe coloca a mão na mama, como se estivesse a fazer uma prega, e a M. retira a mão da mãe da mama.

A bebé continua à mama e vai batendo com os pés na cadeira. Mãe vai olhando para a M. à mama enquanto fala com a médica.

Toca novamente o telemóvel e a mãe atende. A M. continua à mama a olhar para a mãe ao telemóvel, agarra na camisola desta e puxa-a. Mãe desliga a chamada e a bebé larga a mama, ficando a olhar para a mãe. Mãe coloca-a de pé no seu colo em posição para eructar, aleija-se no ombro da mãe e chora, mãe sorri e diz “és uma tonta” e dá-lhe beijinhos, a M. sorri para a mãe. Volta a sentá-la de frente para a secretária e a pedopsiquiatra fala para a bebé, ela sorri e começa a bater palminhas.

Mãe vai buscar o boletim de saúde à mala e senta a bebé na cadeira, mantendo uma mão sobre a M. enquanto procura o boletim com a outra mão. A M. começa a escorregar, mãe segura-a e endireita-a, olhando para a bebé. Encontra o boletim pega na M. e volta a sentá-la no seu colo virada para a frente.

A reacção que desperta no estagiário é a de preocupação.

Mãe parece bastante carinhosa, mas com uma actividade profissional exigente. A M. tem de acompanhar a mãe durante o dia. Parece estar muito tempo deitada ou ao colo, ainda não fica sentada direita.

3.3- 1º Registo de Observação

Data: 25 de Janeiro de 2011

M.A.F. – 27meses

Pessoas Presentes: pedopsiquiatra, M. e os pais, educadora do ensino especial e estagiário enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Menino de raça caucasiana. Desenvolvimento estado-ponderal aparentemente adequado para a idade. Aspecto cuidado, veste casaco, camisola, calças, ténis e gorro.

No contacto inicial parece distante, olhar triste, evita o olhar.

Pai e mãe com fâcies tranquilo.

O M. entra na sala ao colo do pai. Pai coloca-o no chão de pé e o M. choraminga e aproxima-se das pernas da mãe. Mãe olha para ele faz-lhe uma festinha no cabelo e diz-lhe para ele ir brincar.

O M. deambula pela sala dirigindo-se à prateleira ficando parado a olhar. O pedopsiquiatra aproxima-se. O M. olha para ele sorri e afasta-se para junto da mãe, que se encontra na cadeira mais distante, passando pela educadora e pelo pai. Vocaliza e toca na mãe, que olha para ele e sorri dizendo-lhe para ir brincar. O M. volta à prateleira, pega num comboio e atira-o ao chão. Pega num camião com uma mão e movimenta-o ao nível dos olhos.

O médico coloca um carro junto ao camião, o M. não olha para o carro. Tenta ir para outra prateleira, com o camião numa das mãos, mas o pedopsiquiatra esta no seu caminho, volta com o camião para a prateleira inicial e anda com este para trás e para a frente na prateleira.

O pedopsiquiatra pega no camião e coloca-o no chão. O M. olha para o médico e vocaliza, olha para a prateleira e senta-se à frente do pedopsiquiatra, que coloca o camião atrás das costas. O M. gatinha e tenta chegar ao camião, quando impedido choraminga. Continua a tentar chegar ao camião, mas como não consegue, continua a choramingar. O médico diz “força” e ele impele o corpo mais para a frente libertando-se, mas sem chegar ao camião. Levanta-se, procura o camião atrás das costas do pedopsiquiatra, vocaliza e retira-o com uma mão. O médico mantém a sua mão sobre o camião, o M. choraminga.

Vai para junto da mãe, olha para esta e encosta-se as suas pernas.

Mãe olha para o M., sorri e coloca-o ao colo, dá beijinho e diz-lhe para ir brincar com o doutor, colocando-o de pé no chão.

O M. vai primeiro para trás da cadeira da mãe e de seguida volta à prateleira. Encontra cubos de cores diferentes e começa a empilha-los, usando ambas as mãos para segurar os cubos, quando estes caem choraminga e vai para perto da mãe, encostando-se as suas pernas. Mãe coloca-o ao colo, dá beijinhos, abraça-o, sorri e volta a colocá-lo de pé no chão.

O M. sai de perto da mãe e vai para junto do pedopsiquiatra que esta a movimentar o camião. O M. senta-se no chão de frente para o médico e segue o camião com o olhar. Tenta levantar-se apoiando-se na educadora, que esta na cadeira mais próximo de si,

e tropeça. Pai que esta na cadeira do meio, ajuda-o a levantar-se, faz-lhe uma festinha na cabeça e sorri para o M., este olha para o pai e dirige-se para a mãe, olhando para esta, que lhe dá um beijinho quando o M. se encosta as suas pernas.

Ao longo da observação a criança foi evoluindo positivamente. O M. interagiu com o pedopsiquiatra, olhando para este e sorrindo. Chegando mesmo a iniciar interacção. Animou-se com as bolinhas de sabão, deu gargalhadas, pulinhos e ao fim de algum tempo a ver o médico tocar nas bolinhas também experimentou tocar, no entanto manteve-se quase sempre atrás da secretária e quando as bolinhas acabavam voltava a correr para junto da mãe olhando para esta. A mãe ria perante a animação do M., o pai sorria.

Não verbalizou mas mantém contacto pelo olhar. Imita o jogo iniciado com prazer.

Durante o início da observação o formando sentiu-se triste.

Pareceu-lhe uma criança triste, constantemente a choramingar.

3.4- 2º Registo de Observação

Data: 1 de Fevereiro de 2011

F. – 30meses

Pessoas Presentes: pedopsiquiatra, F. e os pais e estagiário enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Menino de raça caucasiana. Desenvolvimento estado-ponderal aparentemente adequado para a idade. Aspecto cuidado.

Pais com fácies tranquilo.

O F. veio de mão dada com o pai. Ao entrar na sala largou a mão deste e dirigiu-se aos cubos de cores diferentes que estavam no chão, ficou de pé e começou a empilhá-los no chão até caírem. Foi pegando num cubo de cada vez e colocava-o com ambas as mãos em cima de um camião que estava no chão, próximo de si. Quando já não cabiam mais cubos no camião, dirigiu-se à prateleira e pegou em dois cubos grandes

coloridos, cada um numa mão e olhou para os pais dizendo “isto, isto” a sorrir, os pais sorriram para o F..

Voltou-se novamente para a prateleira e pousou os cubos. Pegou num autocarro, com ambas as mãos e virou-se para os pais dizendo “é grande, isto, isto, papá, grande” e sorria. O pai disse a sorrir para o F. “é popó grande”. Continuando virado para o pai andava com o autocarro no ar segurando-o com ambas as mãos e repetindo “popó grande, popó grande”.

Pais falam com o pedopsiquiatra de como o F. se chateia quando contrariado, chegando mesmo a bater com a cabeça no chão. O F. esta atrás da cadeira do pai e anda com o autocarro no ar repetindo “popó grande, popó grande, vai-te embora”.

Dirige-se à prateleira e poisa o autocarro, diz “olha o Noddy”. Pega com uma mão no carro com o Noddy e aproxima-se do médico que esta sentado na sua secretaria e diz olhando para este “olha o Noddy”. O pedopsiquiatra olha para ele e pergunta-lhe se sabe a música do Noddy, o F. afasta-se da secretaria dirigindo-se de novo à prateleira, poisa o carro e diz “o Noddy não sabe”. Mãe diz que ele só sabe a música do Pingo Doce. O F. olha para a mãe e sorri e ela sorri de volta para ele e diz “não é?”. O F. pega com ambas as mãos no autocarro e dirige-se novamente ao médico, aproximando-se da cadeira deste e olhando-o dizendo “olha popó grande, olha”, sorri-lhe e deixa o autocarro em cima da secretaria, vai buscar um camião que esta no chão junto ao enfermeiro estagiário, olha-o e sorri, este sorri para ele. Leva o camião para cima da secretaria e diz virando-se para ao pedopsiquiatra “olha”, a mãe diz “é outro” e o F. repete “outro” o médico diz “uau” e o F. diz “uau”.

O pai continua a contar episódios de birras do F.. Este esta a colocar cubos coloridos em cima de um camião e diz “é fixe”continuando a olhar para o camião, pai diz-lhe “é fixe, não é” e o F. repete “é fixe” mantendo o olhar no camião.

Senta-se em cima de um carro grande e movimenta-o com a ajuda das pernas. O pedopsiquiatra diz “uau” e o F. olha para ele e repete sorrindo “uau”.

No final da observação, o formando sente-se confortável, com uma sensação de bem-estar.

ANEXO 1

Guia de Recursos da Comunidade

